UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936 N° 5

# SEMIOLOGIE & TRAITEMENT

DES

# FOYERS PHLEGMONEUX

DE LA

# REGION SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1936**

PAR

HENRI DEMARQUE

Diplômé de Médecine Légale

Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et Médicale

MEMBRES DU JURY.... MM. MIGINIAC, *Président*
DIEULAFÉ,
CALVET, } *Assesseurs*
MOREL,

*Suppléant* : M. BOULARAN

TOULOUSE

IMPRIMERIE DU SUD-OUEST

*6, Rue Sainte-Ursule, 6*

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936 N° 5

# SEMIOLOGIE & TRAITEMENT

DES

# FOYERS PHLEGMONEUX

DE LA

# REGION SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1936

PAR

HENRI DEMARQUE

Diplômé de Médecine Légale

Diplômé d'Hydrologie Thérapeutique et Médicale

MEMBRES DU JURY.... MM. MIGINIAC, *Président*
DIEULAFÉ,
CALVET, } *Assesseurs*
MOREL,

*Suppléant* : M. BOULARAN

TOULOUSE

IMPRIMERIE DU SUD-OUEST

*6, Rue Sainte-Ursule, 6*

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

# FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

## TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN..... MM. BARDIER.

ASSESSEUR..... DAMBRIN.

DOYEN HONORAIRE. ABELOUS.

PROFESSEURS HONORAIRES. MM. MOSSE. SAINT-ANGE. BEZY. MARIE. MOREL. TAPIE. AUDEBERT. ESCAT.

### PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. VALLOIS |
| Histologie et Embryologie | ARGAUD. |
| Anatomie pathologique | TAPIE (J.) |
| Pathologie générale et expérimentale | BARDIER. |
| Bactériologie | RISPAL. |
| Pathologie interne | SERR. |
| Thérapeutique | Mlle CONDAT. |
| Hygiène et médecine préventive | LAFFORGUE. |
| Médecine légale | SOREL (E.) |
| Clinique médicale | DALOUS. LAPORTE. |
| Clinique chirurgicale et gynecologique | MERIEL. |
| Clinique chirurgicale | DAMBRIN. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | CAUBET. |
| Clinique médicale infantile et puériculture | N... |
| Clinique de neurologie et psychiâtrie | RISER. |
| Clinique ophtalmologique | GORSE. |
| Physique biologique et médicale | ESCANDE. |
| Chimie et Toxicologie | MOOG. |
| Pharmacie | RIBAUT. |
| Hydrologie | ROQUES. |
| Botanique et matière médicale | MAURIN. |
| Clinique obstétricale | GARIPUY. |
| Clinique du Cancer | DUCUING. |
| Physiologie | SOULA. |

### PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | |
|---|---|
| Anatomie topographique | MM. DIEULAFÉ. |
| Chimie | VALDIGUIÉ. |
| Chirurgie (Clinique des voies urinaires) | MIGINIAC. |
| Anatomie | CLERMONT. |
| Histoire naturelle pharmaceutique | MARTIN-SANS. |

### COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes | MM. GARIPUY. |
| Obstétrique | ESTIENNY. |
| Chimie pathologique | VALDIGUIÉ. |
| Pharmacologie | SOULA. |
| Chimie minérale | VALDIGUIÉ. |
| Cryptogamie | MARTIN-SANS. |
| Zoologie | VALLOIS. |
| Stomatologie | CADENAT. |
| Physique pharmaceutique | BUGNARD. |
| Chimie organique | BRUSTIER. |
| Dermatologie et syphiligraphie | CHATELLIER. |
| Législation pharmaceutique | MAURIN |
| Botanique | MARTIN-SANS. |
| Parasitologie et Microbiologie | DELAS |
| Physiologie | BOUISSET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | NANTA. |
| Oto-rhino-laryngologie | CALVET. |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | |
|---|---|
| Histologie | MM. CALVET. |
| Médecine | SENDRAIL. SOREL R. |
| Chirurgie | MOREL L. LEFEBVRE. |
| Pharmacie | BOULARAN. |
| Chimie générale pharmaceutique et toxicologie | FLORENCE. |
| Physique médicale | BRUSTIER |
| Obstétrique (chargé des fonctions d'agrégé) | BUGNARD. |
| Secrétaire de la Faculté | ESTIENNY. |
| | RENARD |

**La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.** (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Dont les conseils affectueux et éclairés m'ont toujours été si précieux, qu'ils veuillent bien trouver ici en retour l'hommage de ma tendresse reconnaissante.

A MA FEMME, A MA PETITE BRIGITTE

Avec toute ma tendresse.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

Témoignage bien faible de mon affection fraternelle.

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS

## A mon Maitre Monsieur le Professeur ESCAT

C'est pour nous une douce obligation de rendre hommage au Maître à qui nous devons notre formation laryngologique. Nous avons eu l'honneur d'être un de ses élèves, nous avons eu la chance de bénéficier de son enseignement dans cette Ecole Toulousaine qui est son œuvre et qu'il a assise sur des bases si solides grâce à son érudition, son expérience clinique incontestée, sa technique sûre.

Il nous a accueilli dans son service avec une bienveillance toute particulière, nous inculquant les principes fondamentaux de son art, nous révélant l'importance des moindres détails pratiques.

Il a bien voulu nous donner notre sujet de thèse et nous sommes heureux de lui donner ici ce faible témoignage de notre vive reconnaissance.

## A Monsieur le Professeur agrégé CALVET

*Chargé de Cours d'Oto-Rhino-Laryngologie*

Pour la bienveillance et la sympathie avec lesquelles il nous a accueilli dans son service où nous suivons avec le plus vif intérêt son enseignement si profitable et pour les documents qu'il a bien voulu nous autoriser à insérer dans notre thèse.

A Monsieur le Professeur MIGINIAC

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur DIEULAFÉ

A Monsieur le Professeur agrégé MOREL

A Monsieur le Professeur agrégé BOULARAN

A Monsieur le Docteur Maurice ESCAT

*Chef de Clinique*

Il n'a cessé de nous conseiller, il a bien voulu guider nos premiers pas dans notre carrière laryngologique, qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre amitié et l'expression de notre vive gratitude.

A Messieurs les Docteurs

BAUDOT, CAVES, FABRE, GADRAT,

POMMEPUY, VIEU

A MES MAITRES

A MES AMIS

# INTRODUCTION

Individualisée anatomiquement en 1908 par P. Descomps, dans une étude d'anatomie topographique des plus précises, la région sous-angulo-maxillaire est le siège fréquent de foyers phlegmoneux relevant de phlegmasies très diverses se présentant sous le masque banal de l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire.

Mis en présence d'un œdème phlegmoneux de cette région à sa période d'état, alors qu'il n'a pas assisté à l'évolution de la propathie qui en a été le point de départ, le clinicien, qu'il soit médecin, chirurgien, stomatologiste ou oto-rhino-laryngologiste, étant donné la multiplicité des phlegmasies variées dont le dit œdème peut être symptomatique, se trouve appelé à porter un diagnostic parfois des plus délicats.

Dès 1926, dans une leçon du cours de perfectionnement d'O.-R.-L., consacrée à ce sujet, le Professeur Escat ne comptait pas moins de dix espèces pathologiques susceptibles de se traduire cliniquement par un phlegmon sous-angulo-maxillaire.

C'est sur les conseils de notre maître que nous avons tenté de mettre au point dans une étude exclusivement clinique :

1° La sémiologie des phlegmasies variées qui peuvent être le substratum d'un œdème phlegmoneux irradiant autour de l'angle maxillaire ;

2° La thérapeutique médico-chirurgicale qui peut être appliquée d'urgence à tous les cas, avant que le diagnostic d'espèce ait pu être précisé ;

3° La thérapeutique médico-chirurgicale qui convient à chaque espèce.

Mais avant d'aborder le sujet, en raison de la complexité de la région sous-angulo-maxillaire et de l'importance des notions topographiques qui doivent éclairer la chirurgie des phlegmasies variées dont elle peut être le siège, nous estimons indispensable de faire précéder notre étude de quelques prolégomènes anatomo-topographiques inspirés de la description de P. Descomps.

## CHAPITRE PREMIER

---

## PROLEGOMENES ANATOMIQUES

Avant d'entreprendre l'étude clinique des œdèmes phlegmoneux sous-angulo-maxillaires, un rappel anatomique succinct de la région qui en est le siège, s'impose.

La région sous-angulo-maxillaire ne possède pas, au même titre que les régions anatomiques décrites dans les traités classiques, de limites nettement constituées par l'agencement de muscles et d'aponévroses, comme cela se trouve réalisé en particulier au niveau des régions parotidienne et sous-maxillaire. Elle n'a pas, pour employer un terme géographique, de frontières naturelles. Bien au contraire elle est le point de convergence de cinq régions : la région parotidienne, la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne, la région carotidienne, la région ptérygoïdienne et la région para-amygdalienne. Plutôt que le nom de région sous-angulo-maxillaire, le nom de carrefour sous-angulo-maxillaire serait peut-être plus exact.

Les limites de cette région qui n'est pas décrite d'une façon synthétique dans les traités d'anato-

mie, ont été fixées par Descomps de la façon suivante :

*Paroi externe* : angle du maxillaire inférieur, limité en haut par une ligne prolongeant le bord alvéolaire de la branche horizontale, limité en avant par une ligne verticale prolongeant le bord antérieur de la branche verticale.

*Paroi interne* : surface de projection de l'angle du maxillaire sur la paroi latérale du pharynx, c'est-à-dire région du vestibule bucco-pharyngé répondant aux deux piliers du voile et à l'amygdale palatine.

*Les autres parois* : supérieure, antérieure, inférieure et postérieure n'ont point de substratum anatomique puisqu'elles se continuent aux régions voisines. Elles sont représentées fictivement par deux plans horizontaux réunissant les côtés supérieurs et inférieurs des parois externe et interne et par deux plans frontaux réunissant respectivement les côtés antérieurs et les côtés postérieurs des parois externe et interne.

On peut diviser l'étude de la région sous-angulo-maxillaire en quatre plans allant de la superficie vers la profondeur :

1° Une région de surface, n'appartenant pas en propre à la région sous-angulo-maxillaire, mais néanmoins utile à connaître;

2° Un plan superficiel juxta-maxillaire;

3° Un plan moyen stylo-musculaire;

4° Un plan profond juxta-amygdalien.

1° *Région de surface.* — Celle-ci n'est autre que la portion basse de la région masseterine. Elle comprend au ras du bord postérieur de l'angle, la branche cervico-faciale du facial et la veine communicante parotido-faciale cheminant à la surface des faisceaux inférieurs musculo-aponévrotiques du masseter. La partie inférieure de la parotide, à cheval sur le bord postérieur du maxillaire, vient recouvrir d'un prolongement plus ou moins accentué la face extérieure du masseter. En avant de ce muscle cheminent la veine puis, plus en avant, l'artère faciale et entre elles le groupe ganglionnaire lymphatique facial préangulaire.

2° *Plan superficiel proprement dit ou juxta-maxillaire.* — C'est le plan situé immédiatement au contact de la face interne de l'angle. Il est constitué en haut et en arrière par l'extrémité inférieure de la loge parotidienne comblée par le pôle inférieur de la parotide ; en bas et en avant par la partie postéro-supérieure de la loge sous-maxillaire contenant le pôle postéro-supérieur de cette glande, en avant et en haut par la partie basse de la région ptérygo-maxillaire. Ce plan est donc formé par trois éléments essentiels, le pôle inférieur de la parotide, l'extrémité postéro-supérieure de la sous-maxillaire et le muscle ptérygoïdien interne. Parmi les éléments vasculo-nerveux cheminant à ce niveau, il faut signaler l'artère et la veine faciale venues de la profondeur en s'insinuant entre les loges parotidienne et sous-maxillaire, le nerf lingual des-

cendant de la région sous-maxillaire et en arrière de lui, suivant une courbe parallèle de plus grand rayon de courbure, le nerf mylo-parotidien.

3° *Plan moyen ou stylo-musculaire.* — Ce plan est sous-jacent au plan inférieur de la parotide, à la portion sous-angulo-maxillaire de la sous-maxillaire et au muscle ptérygoïdien interne. Cette zone est parcourue de haut en bas et d'arrière en avant par les muscles et ligaments du bouquet de Riolan qui, reliés par l'aponévrose stylienne, divisent à ce niveau la région sous-angulo-maxillaire. Ces deux subdivisions, l'une antéro-supérieure, l'autre postéro-inférieure ne sont que les extrémités inférieures des espaces préstylien et rétro-stylien. Nous voyons donc qu'à ce niveau deux nouvelles régions anatomiques viennent participer à la constitution de la région sous-angulo-maxillaire, nous expliquant la participation de celle-ci dans les phlegmasies para-amygdalienne et latéro-pharyngienne.

4° *Plan profond juxta-amygdalien.* — Ce plan, essentiellement constitué de muscles et de lames aponévrotiques, n'est autre que la paroi interne de la région sous-angulo-maxillaire. Il est essentiellement constitué par la lame musculaire du constricteur supérieur du pharynx, recouverte de sa gaine fibro-conjonctive qui n'est autre que l'aponévrose péri-pharyngée. Le seul point à préciser au niveau de ce plan est, à sa partie inférieure, le faisceau glosso-pharyngien du contricteur supérieur qui, intriquant ses fibres musculaires dans celles du genio-

glosse, vient mettre en continuité la région linguale et la région sous-angulo-maxillaire. Enfin il faut signaler l'artère et la veine palatines ascendantes qui montent sinueuses, appliquées contre la face externe du constricteur.

### CONCLUSIONS ANATOMIQUES

Ces quelques considérations anatomiques n'ont eu d'autre but que de montrer :

1° Que la région sous-angulo-maxillaire n'est pas à proprement parler une région mais le carrefour de cinq régions d'importance primordiale;

2° Que la complexité de sa constitution anatomique et la richesse en éléments vasculo-nerveux de son contenu, en font, sinon *une région anatomique* proprement dite, tout au moins *une région chirurgicale* de haute importance, au sein de laquelle l'opérateur ne devra s'aventurer qu'avec une extrême prudence.

## CHAPITRE II

---

## SYMPTOMATOLOGIE COMMUNE A TOUT PROCESSUS PHLEGMONEUX DE LA REGION SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE

Afin d'éliminer autant que possible les inévitables redites inhérentes à un tel sujet, nous nous proposons d'envisager dans ce chapitre les principaux symptômes généraux communs aux divers cas étudiés.

Envisageons donc le tableau banal d'un phlegmon sous-angulo-maxillaire.

Prenons pour type un homme de vingt ans, de préférence un campagnard dont l'hygiène buccale et dentaire est souvent défectueuse. On observe un œdème phlegmoneux occupant toute la zone jugo-maxillo-parotidienne. La peau est tendue, l'œdème est ferme, douloureux à la pression. Les quatre symptômes : *tumor*, *rubor*, *calor*, *dolor*, y sont réunis au premier chef.

Le point culminant répond à l'angle du maxillaire inférieur, il est peu perceptible à la palpation qui éveille une vive douleur.

Le malade présente un trismus plus ou moins marqué, du ptyalisme, la déglutition est doulou-

reuse, il s'exprime avec difficulté. La langue est saburrale, l'agitation et l'insomnie sont fréquentes. La température oscille aux environs de 39°, quelquefois plus basse, parfois plus élevée. L'entourage raconte que le mal a débuté il y a quelques jours environ et donne des commémoratifs relatifs à l'état général, commémoratifs souvent vagues et imprécis.

Rarement des phénomènes graves accompagnent cette affection. Cependant parfois dans les cas sérieux laissés à leur évolution, en particulier dans les phlegmons relevant de la carie ou de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, on peut observer dans la courbe thermique des clochers vespéraux, un teint grippé et terreux, une tachycardie prononcée, indiquant une profonde atteinte de l'organisme. Les urines sont rares et foncées, la dyspnée fréquente. Dans la grande majorité des cas les choses n'en arrivent pas à ce point et la symptomatologie offre un tableau clinique moins grave et moins impressionnant.

Il est compréhensible que l'intensité de tous ces phénomènes généraux soit fonction de plusieurs facteurs, parmi lesquels le siège topographique originel du phlegmon joue un rôle relativement restreint, alors qu'il faut au contraire accorder une importance primordiale à la virulence de l'agent ou des agents pathogènes, et à la résistance plus ou moins diminuée du terrain sur lequel évolue le processus phlegmoneux.

## CHAPITRE III

---

### SEMIOLOGIE DES PHLEGMASIES CAUSALES

Le diagnostic symptomatique de phlegmasie aiguë de la région sous-angulo-maxillaire s'imposant, quel en est le siège anatomique exact et originel ? L'extension de l'œdème à la joue, à la région parotidienne, à presque toute la branche horizontale et la branche verticale du maxillaire inférieur, aux régions carotidiennes et sous-maxillaire correspondantes autorisent à tout supposer, et le diagnostic sera d'autant plus délicat que la difficulté de l'examen bucco-pharyngé prive souvent l'observateur de constatations objectives qui pourraient être fort précieuses.

Un problème se pose donc : quelles sont les espèces pathologiques pouvant être le substratum de l'état clinique observé ? A quelle variété topographique a-t-on à faire ? Tel est le diagnostic à préciser. Sans ce diagnostic toute thérapeutique rationnelle est impossible.

Or, l'expérience a démontré que 10 à 12 espèces pathologiques environ étaient susceptibles, à peu de différence près, de réaliser un œdème phlegmo-

neux ayant pour centre la région sous-angulo-maxillaire.

Nous allons donc envisager séparément et successivement chacune de ces espèces cliniques, nous plaçant surtout au point de vue différentiel. Les passant en revue nous préciserons respectivement :

1° La définition et la localisation anatomique avec les caractères anatomo-pathologiques, s'il y a lieu;

2° L'étiologie et la pathogénie;

3° Les symptômes essentiels et surtout les signes différentiels.

D'autre part, nous référant à l'enseignement du Professeur Escat, nous exposerons successivement les caractéristiques des dix espèces suivantes :

1° L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac;

2° L'adéno-phlegmon parotidien : primitif, secondaire à adénite tuberculeuse, secondaire à adénite néoplasique;

3° L'adéno-phlegmon latéro-pharyngien extériorisé;

4° La parotidite suppurée ou phlegmoneuse;

5° La périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche verticale du maxillaire inférieur simulant la péri-amygdalite phlegmoneuse. (Abcès odontégène juxta-amygdalien d'Escat.)

6° L'ostéo-phlegmon sous-maxillaire postérieur de Sébileau;

7° La sous-maxillite phlegmoneuse;

8° Le phlegmon circonscrit latéral du plancher buccal;

9° La glossite basique;

10° L'ostéo-phlegmon otogène de Bezold.

## CHAPITRE IV

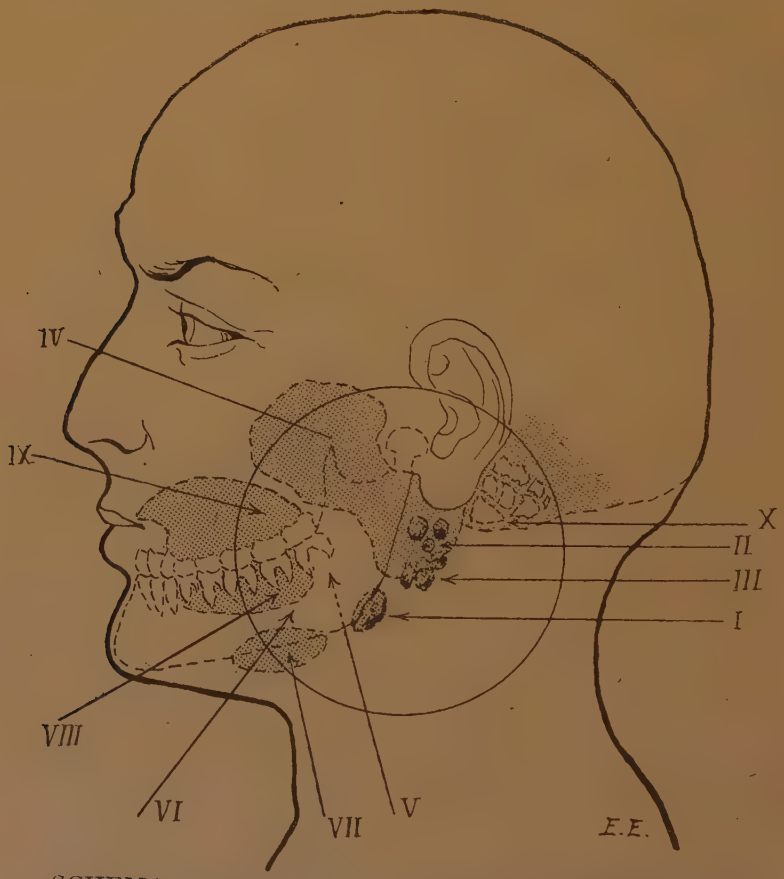
---

## ADENO-PHLEGMON SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE DE CHASSAIGNAC

*Définition et localisation anatomique.* — C'est une adénite se développant aux dépens du ganglion ou du groupe ganglionnaire rétro-angulaire. Il est situé au-dessous et en dedans de l'angle de la mâchoire sous l'aponévrose superficielle. Ce ganglion est rarement isolé, le plus souvent il s'agit d'un groupe ganglionnaire qui occupe, un peu en avant du bord antérieur du muscle, la place où la veine faciale antérieure débouche de la glande sous-maxillaire et la veine faciale postérieure de la glande parotide.

*Etiologie et pathogénie.* — Cet adéno-phlegmon est dû à une infection, généralement staphylococcique ou streptococcique, du pharynx, de l'angle lingual, surtout des amygdales qui semblent jouer dans l'étiologie de ce phlegmon un rôle primordial. La périostite alvéolo-dentaire, la carie ou l'évolution vicieuse de la dent de sagesse en sont moins souvent qu'on a voulu le dire l'origine habituelle.

On l'observe encore dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses comme la variole, la rougeole, la diphtérie; l'angine dans ces cas est le point de départ de l'infection.




SCHEMA DES DIVERS FOYERS ANATOMIQUES SUSCEPTIBLES DE DEVENIR L'ORIGINE D'UN PHLEGMON SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE

(Figure empruntée aux leçons cliniques du Pr E. Escat)

I. — Ganglion sous-angulo-maxillaire, *origine de l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac.*

II. — Ganglions parotidiens, *origine de l'adéno-phlegmon parotidien.*

III. — Ganglions latéro-pharyngiens, *origine de l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien tendant à l'extériorisation.*

IV. — Glande parotide et son prolongement jugal, *origine de parotidite phlegmoneuse.*

V. — Face profonde de la branche verticale du maxillaire inférieur, *origine de l'abcès périostique odontopathique juxta-amygdalien d'Escat.*

VI. — Branche horizontale du maxillaire inférieur, *origine de l'ostéo-phlegmon odontopathique de Sébileau.*

VII. — Glande sous-maxillaire, *origine de sous-maxillite phlegmoneuse.*

VIII. — Partie postérieure du plancher lingual, *siège du phlegmon circonscrit du plancher lingual.*

IX. — Loge de l'artère linguale, *siège de la glossite basique phlegmoneuse.*

X. — Cellules mastoïdiennes, *origine de l'ostéo-phlegmon de Bézold.*

*Symptomatologie et signes différentiels.* — La symptomatologie est celle de toutes les adénites aiguës. A un premier stade on note sous l'angle du maxillaire un ou plusieurs ganglions augmentés de volume; ils ont perdu leur mobilité sans qu'il y ait d'adhérence à la peau. Le médecin est rarement appelé à donner ses soins à cette période.

Le plus souvent le malade se présente à lui lorsque l'adéno-phlegmon est déjà constitué; il se trouve

alors en présence d'un véritable bloc phlegmasique. La région est tuméfiée, dure, très douloureuse spontanément et à la pression, la peau, au début rouge, devient plus sombre, tendue et brillante. La tuméfaction qui a débuté sous l'angle du maxillaire l'a bientôt complètement englobé et s'étend à la branche verticale et horizontale de l'os. Elle déborde vers la région parotidienne, cervicale et sous-maxillaire, de sorte que le malade offre un aspect tout particulier. En général c'est à la période terminale seulement qu'on peut sentir la fluctuation soit dans la profondeur, soit en surface si la collection purulente tend à se faire jour à travers les tissus.

La température oscille autour de 38°, 39°,5, plus rarement 40°. Le malade est souvent calme, sans angoisse ni dyspnée, l'insomnie est fréquente, la déglutition est parfois pénible; on observe un léger ptyalisme, le trismus est modéré.

Ces derniers symptômes sont variables, s'ils existent toujours peu marqués, néanmoins ils rendent plus difficile par leur présence le diagnostic différentiel.

Du côté bucco-pharyngé, les symptômes sont plutôt négatifs : il n'y a pas de tuméfaction gingivale ni de périostite, on n'observe pas non plus de tuméfaction amygdalienne, péri-amygdalienne ou juxta-amygdalienne.

## Observation I

(Personnelle)

*Adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac*

R. G..., cuisinier, âgé de 33 ans, est amené dans le service du Professeur Escat, le 19 septembre 1935.

La maladie avait commencé le 10 septembre par une gêne dans le cou, surtout du côté droit, suivie bientôt d'un torticolis empêchant le malade de tourner la tête. Cette gêne s'accentue peu à peu, la douleur apparaît, le moindre mouvement fait souffrir le malade.

Le 2, le malade prend sa température, il a 38°5; il appelle alors le médecin qui prescrit des onctions d'Iodex, mais la douleur persiste, devient plus vive, lancinante et empêche le malade de dormir.

Le lundi 16, le médecin traitant revient et ordonne des cataplasmes chauds de farine de lin. La douleur persiste néanmoins et la dysphagie apparaît.

Le jeudi 19, le malade est dirigé sur l'hôpital, service O.-R.-L. La température est de 39°. La région sous-angulo-maxillaire droite est le siège d'un empâtement profond débordant vers le cou et la région temporale, à ce niveau la peau est rouge et tendue, la dysphagie s'est accentuée.

La palpation très douloureuse ne permet pas de sentir de fluctuation, mais l'œdème est très marqué. Il est toutefois possible de limiter par dépression un sillon entre la tuméfaction et le maxillaire.

L'examen de la bouche est négatif et ne montre qu'une langue saburrale; l'oropharynx est rouge et congestionné; il existe un léger trismus.

Le diagnostic d'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire s'impose, adéno-phlegmon secondaire à une infection vraisemblablement pharyngée.

Le samedi 21, l'état du malade ne s'est pas amélioré et on décide d'intervenir.

Une incision courbe est pratiquée sur l'angle de la mâchoire et le pus recherché à la sonde cannelée, il n'est trouvé qu'assez profondément; l'ouverture du foyer est agrandie à la pince de Kocher, lavage de la cavité à l'eau oxygénée, drainage.

Le lendemain la température est tombée, suites normales. Le malade sort guéri le 28 septembre.

### Observation II

(Communiquée par le Professeur Escat)

*Adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac sur le déclin d'une scarlatine.*

Je fus appelé le 19 juin 1910, à Belpech (Aude), auprès d'un adolescent de 15 ans environ, qui, sur le déclin d'une scarlatine, qui avait évolué normalement, avait été pris de fièvre paraissant liée à une adénite cervicale gauche. Le médecin traitant s'était déjà aperçu depuis quelques jours de cette adénite, mais brusquement elle était devenue douloureuse et avait acquis rapidement en trois ou quatre jours un développement considérable.

Lorsque j'observai le malade, un œdème phlegmoneux ayant son point culminant dans la région rétro-maxillaire était étendu à presque tout le côté droit de la face et de la région cervicale, à son niveau les téguments étaient

rouges, tendus et comme vernissés; le point le plus douloureux à la pression répondait à l'angle maxillaire. Température rectale 40°3.

Il y avait eu un peu de délire dans la nuit. Pas de troubles respiratoires, pas d'antécédents dentaires, urine encore légèrement albumineuse.

La palpation, très pénible pour le malade, ne permettait point de préciser s'il existait un sillon dépressible entre le rebord osseux du maxillaire inférieur et le centre du foyer; la sensation de fluctuation était assez fruste, néanmoins la formation de la collection ne semblait pas douteuse.

Examen bucco-pharyngé relativement facile, le trismus était fort modéré, cette exploration ne nous révèle rien d'anormal. Dentition, plancher buccal ne présentent aucune anomalie. Les amygdales sont un peu développées, l'oro-pharynx est érythémateux sans exsudat pultacé notable. La langue est saburrale, l'absence de trouble phonique et respiratoire ainsi que l'absence de dysphagie nous autorise à ne pas pousser plus loin l'exploration des voies respiratoires supérieures.

Nous portons le diagnostic d'*adéno-phlegmon de la région sous-angulo-maxillaire*, le point de départ manifestement ganglionnaire, tirant son appui du fait que le médecin traitant a assisté à l'évolution de l'adénite, puisque quelques jours avant l'éclosion du processus phlegmoneux il a pu faire rouler sous son doigt le ganglion en cause, à une phase où la péri-adénite phlegmoneuse ne s'était pas encore produite. L'intervention chirurgicale s'imposant, nous la pratiquâmes séance tenante, après simple lavage du champ opératoire à l'éther et pulvérisation au chlorure d'éthyle. Une incision courbe de quatre centimètres de longueur embrassant dans sa concavité l'angle du maxillaire, ayant divisé les téguments, nous parvînmes assez rapidement sur le foyer en

discisant les tissus avec la sonde cannelée. Le pus ayant apparu plus tôt que nous ne l'espérions, le trajet fut élargi avec une pince de Guersant dont le bec avait été conduit vers la face interne du maxillaire. Issue de pus bien lié et non fétide, de quantité équivalente à un verre à Bordeaux. Drainage et pansement classique; la culture donna du streptocoque. Guérison en moins de quinze jours, constatée dans notre cabinet le 2 juillet suivant.

## CHAPITRE V

---

### ADENO-PHLEGMON PAROTIDIEN

*Localisation anatomique.* — Plus rare que le précédent, il est localisé anatomiquement dans les ganglions parotidiens qui forment deux groupes principaux :

*a*) Un groupe ganglionnaire superficiel situé en avant du tragus et du conduit auditif;

*b)* Un groupe ganglionnaire profond englobé dans la glande elle-même. (A noter cependant qu'on ne trouve pas de système ganglionnaire dans le prolongement antérieur ou jugal de la glande.)

Tous sont sous-aponévrotiques et situés dans la loge parotidienne. Les premiers reçoivent les lymphatiques du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille. Les seconds desservent la région buccale, la base de la langue, les piliers, les amygdales, le pharynx, surtout la région oculo-palpébrale.

*Etiologie et pathogénie.* — C'est au cours ou au décours d'une infection de ces régions : furoncle ou eczéma infecté du conduit, amygdalite ou pharyngite que nous verrons apparaître l'adéno-phlegmon parotidien.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — La

symptomatologie générale est celle de tous les adéno-phlegmons, nous n'y reviendrons pas. Elle est d'ailleurs banale et peu bruyante; la température oscille autour de 38°, le trismus est en général peu marqué.

Le creux parotidien est tuméfié, toute la région est le siège d'un empâtement qui déborde en bas dans la région sous-maxillaire, en avant vers la joue, en haut vers la tempe et jusqu'au cuir chevelu. En arrière cette tuméfaction soulève le tragus.

Toutefois, par sa localisation et ses symptômes, cette affection peut simuler une parotidite suppurée, elle s'en différencie en ce que le prolongement antérieur de la glande est moins tuméfié que dans cette affection; d'autre part, par la pression de la joue on ne peut faire sourdre du pus au niveau de l'orifice du canal de Sténon.

Du côté bucco-pharyngé les symptômes sont négatifs. On ne trouve pas d'otite purulente ni d'antécédent d'otite à l'examen local ou dans l'anamnèse du sujet.

### Observation III

(Communiquée par le Professeur Escat)

*Adéno-phlegmon de la région parotidienne secondaire à un impétigo du cuir chevelu, simulant l'adéno-phlegmon de Chassaignac.*

Le 6 mai 1918 on m'apporta dans mon cabinet un

petit garçon de 6 à 7 ans atteint depuis sept à huit jours d'un phlegmon de la région parotidienne droite. Toute la région sous-angulo-maxillaire était occupée par une tuméfaction phlegmoneuse qui avait envahi la joue jusqu'à l'orbite, les paupières étaient œdémateuses de ce côté; régions parotidienne et carotidienne semblaient participer à la phlegmasie; toutefois, le centre de la tuméfaction répondait bien à l'angle mandibulaire. D'où le mal était-il parti ? C'était difficile à préciser. L'exploration bucco-pharyngée ne révélait rien d'anormal : pas d'amygdalite évidente, pas de gingivite appréciable, l'éruption des molaires de six ans était déjà accomplie et normale.

L'enfant ayant accusé un mois auparavant des douleurs dans l'oreille correspondante, nous recherchâmes de ce côté; mais la membrane tympanique est normale.

L'exploration cervicale en revanche, tant du côté sain que du côté affecté, nous révéla de multiples micro-adénopathies, et même une adénopathie chronique de la dimension d'une amande dans la région parotidienne opposée. La famille, d'autre part, nous affirma que l'enfant « avait déjà eu des glandes semblables » il y a plusieurs mois, du côté aujourd'hui phlegmoneux. Enfin l'exploration du cuir chevelu nous fit découvrir dans la région pariétale deux croûtes d'impétigo, point de départ évident de l'infection ; la famille reconnut d'ailleurs que depuis près de 2 ans l'enfant n'avait cessé de présenter des croûtes purulentes dans le cuir chevelu et sur la face. Il ne pouvait donc s'agir que d'un adénophlegmon d'origine impétigineuse. Une incision pratiquée séance tenante sur le point culminant de la voussure phlegmoneuse, nettement fluctuante, et répondant à deux centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, assura l'évacuation d'une quantité considérable de pus bien lié;

un demi-grand verre environ. Drainage et pansements classiques.

Huit jours après le dernier pansement était levé. La cicatrice de l'ouverture chirurgicale observée trois semaines plus tard répondait exactement au point le plus profond de la dépression parotidienne. Pour des raisons indépendantes de notre volonté (temps de guerre) le pus ne put être soumis au contrôle du laboratoire mais il est fort probable qu'il s'est agi d'infection staphylococcique.

## CHAPITRE VI

---

### ADENO-PHLEGMON LATERO-PHARYNGIEN

*Localisation anatomique.* — Cet adéno-phlegmon se développe aux dépens du groupe ganglionnaire latéro-pharyngien, situé dans l'espace rétro-stylien dont nous rappelons la constitution anatomique. Limitée en avant par le diaphragme stylien, cette loge est limitée en arrière par l'aponévrose qui recouvre les muscles scalènes et pré-vertébraux et se trouve d'autre part séparée de l'espace rétro-pharyngien par la cloison sagittale de Charpy. Sa paroi externe est formée par le sterno-mastoïdien et sa gaine.

Etant donné que ce groupe ganglionnaire se trouve situé sur le parcours de gros vaisseaux et que la carotide et la jugulaire internes traversent cet espace, on comprend qu'une collection suppurée puisse refouler ces éléments vasculaires avec les nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal qui les accompagnent. Cette notion est d'un intérêt primordial au point de vue chirurgical.

*Etiologie.* — Dans l'étiologie on retrouve à l'origine de cette atteinte ganglionnaire les affections du nez, de la base de la langue et de l'oro-pharynx.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — Les symptômes principaux sont la dysphagie et la douleur spontanée et provoquée plus ou moins vive au niveau du pharynx, gênant considérablement l'alimentation. Cette dysphagie se complique fréquemment de trismus.

La symptomatologie générale est banale, la température oscille aux environs de 38° avec une accélération parallèle du pouls. Cependant dans certains cas avec œdème particulièrement important, il n'est pas rare d'observer une sorte de dyspnée et d'angoisse.

A l'examen local on constate l'existence d'une voussure latéro-pharyngée bombant dans l'oro-pharynx, refoulant vers la cavité buccale les amygdales et les piliers. Toute la muqueuse est rouge et congestionnée. Parfois un léger exsudat blanchâtre a pu faire errer le diagnostic, surtout lorsque cet adéno-phlegmon s'observe au décours d'une affection amygdalienne.

Mais de toutes ces manifestations objectives, la plus importante à retenir dans notre étude sémiologique, est l'existence d'un œdème rétro-angulo-maxillaire soulevant le creux parotidien qui se manifeste extérieurement au niveau de la région sous-angulo-maxillaire et carotidienne haute.

### Observation IV

(Communiquée par le Professeur Escat)

*Adéno-phlegmon latéro-pharyngien extériorisé guérison par ouverture spontanée rétro-amygdalienne.*

Le 8 octobre 1906, je fus appelé par mon ami Secheyron, chirurgien des Hôpitaux de Toulouse, à voir avec lui un de nos confrères, qui, après une première atteinte d'angine catarrhale simple et légèrement pultacée, avait présenté une rechute avec violente dysphagie et température élevée. Le côté gauche de l'oro-pharynx, déjà asymétrique, nous fit penser de suite à une péri-amygdalite phlegmoneuse ; mais la tuméfaction était plutôt rétro-amygdalienne que péri-amygdalienne, refoulant vers la cavité pharyngée la paroi latérale du pharynx et le pilier postérieur. Le mal progressa lentement. Traitement : gargarismes chauds au phénosalyl, collutoire mentho-chloralé et compresses chaudes sur la région latérale du cou. Le troisième jour la tuméfaction rétro-amygdalienne n'avait ni augmenté ni rétrocédé ; mais en revanche la région sous-angulo-maxillaire correspondante était devenue douloureuse et commençait à se tuméfier ; le quatrième jour, un œdème phlegmoneux cervical se dessinait et à la palpation de la région sous-angulo-maxillaire, on percevait, très distincte de l'angle mandibulaire et séparée de lui par un sillon, une tuméfaction ganglionnaire très nette. L'aspect externe était celui de l'adéno-phlegmon. Les applications de compresses chaudes sont intensifiées. Le lendemain (5e jour) la tuméfaction phlegmoneuse étant des plus nettes, nous proposons le débridement par voie externe; mais prétextant qu'il souffre moins et a moins de dysphagie le malade préfère ajourner l'intervention. Nous la ren-

voyons au lendemain. Mais voilà que la nuit suivante (6e jour), vers quatre heures du matin, le patient a la sensation d'une évacuation fétide dans la gorge. Il expectore deux ou trois cuillères à café de pus fétide et sanguinolent, la collection s'est ouverte spontanément. Je le revois dans la matinée avec Secheyron et je parviens à déceler, par pression de l'amygdale, à l'aide du petit abaisse-langue amygdalien de Lubet-Barbon, un pertuis dissimulé entre la face postérieure de l'amygdale et le pilier postérieur, pertuis dont une contre-pression sur la région rétro-angulo-maxillaire parvint à faire sourdre une abondante quantité de pus.

Dès le lendemain l'œdème phlegmoneux sous-angulo-maxillaire entrait en résolution; la dysphagie disparaissait et la température descendait à la normale.

Guérison rapide.

### Observation V

### (Personnelle)

*Adéno-phlegmon latéro-pharygien*

A. C., âgé de trois ans, a eu en septembre 1935, une scarlatine, vers le 20 de ce même mois l'enfant avait présenté une tuméfaction cervicale bilatérale.

Le 8 octobre, il est amené à la consultation O.-R.-L. de la Grave, dans le service du Professeur Calvet. La dysphagie aux solides et aux liquides est totale, la tuméfaction cervicale a disparu, mais la région sous-angulo-maxillaire gauche est très fortement empâtée, cet empâtement a tendance à s'étendre vers la région occipitale. Il présente en un point un signe très net de fluctuation.

L'examen intra-buccal, gêné par un certain trismus,

permet cependant d'apercevoir une masse rouge et congestionnée bombant sur la paroi latérale gauche, l'amygdale est refoulée en dedans du pharynx. Une incision rétro-sterno-mastoïdienne est pratiquée immédiatement sur le point fluctuant, dès l'effondrement de l'aponévrose superficielle, à la sonde cannelée un flot de pus arrive, il est évacué par agrandissement de l'ouverture à la pince, lavage à l'eau oxygénée et drainage.

Après des suites normales, l'enfant sort guéri le 23 octobre.

## CHAPITRE VII

## PAROTIDITE SUPPUREE

*Définition et localisation anatomique.* — La parotidite est une infection de la glande parotide ayant tendance à la suppuration. Le processus phlegmoneux est localisé à la glande elle-même, mais loin d'être limité aux parois de la loge parotidienne, il s'étend au prolongement jugal de la parotide, a tel point que la tuméfaction phlegmoneuse de ce prolongement dépasse souvent celle du corps principal de la glande.

*Etiologie et pathogénie.* — La parotidite suppurée succède souvent à une maladie infectieuse sur un terrain débilité et chez des sujets infériorisés par un mauvais état général. Elle peut être conditionnée aussi par une infection d'origine ascendante compliquant une stomatite banale; on la voit encore apparaître à la suite d'une intervention abdominale. A la base du processus pathogénique des parotidites septicémiques on trouverait, plus fréquemment qu'on ne croit, une phlébite et une périphlébite de la jugulaire externe; c'est l'opinion de notre maître, M. Escat. Dans cette dernière variété, le début est brusque et s'accompagne de phé-

nomènes marqués, pouvant se confondre parfois avec ceux de l'affection causale; le malade est pris de frissons, la température est élevée, il souffre de sa région parotidienne.

A l'examen toute la région glandulaire est empatée, le prolongement antérieur de la parotide participe à la phlegmasie; la partie latérale correspondante de la face est tuméfiée, la douleur est réveillée à la pression et à la mastication, parfois gênée par un trismus dû à l'irritation des muscles masticateurs. Une myosite du sterno-cleido-mastoïdien détermine dans certains cas un léger torticolis.

La signature de l'affection peut être réalisée par l'écoulement du pus au niveau du canal de Sténon après expression de la glande. Parfois la lithiase du canal est à l'origine de la phlegmasie, il faut cependant savoir que cette étiologie est aussi rare ici, qu'elle est fréquente dans les affections de la sous-maxillaire. La suppuration se produit rapidement vers le troisième ou le quatrième jour dans les cas où la résolution ne s'est pas effectuée. Il n'est pas rare que des lésions du nerf facial situé en pleine masse inflammatoire détermine une paralysie faciale.

Signalons enfin que la fusée purulente s'ouvrant parfois dans le conduit auditif, on peut être amene, dans une parotidite à signes extérieurs discrets, à penser à première vue à une otite aiguë : un lavage pratiqué prudemment et les résultats fournis par la pression de la glande et l'examen du tympan

qui apparaît normal préciseront facilement le diagnostic.

Nous verrons ultérieurement les éléments cliniques qui permettent de différencier la parotidite suppurée des autres phlegmons de la région sous-angulo-maxillaire.

### Observation VI

(Communiquée par M. le Professeur Calvet)

*Parotidite suppurée*

Mme C. Th., couturière, âgée de 34 ans, est adressée par le docteur B. à M. le Professeur Calvet, le 12 novembre 1930. La malade souffre depuis huit jours de toute sa région angulo-maxillaire et parotidienne droite et attribue cette douleur à sa dent de sagesse. La température est de 38°,5, l'état général est mauvais. A l'examen, Mme C. Th. présente une tuméfaction sous-angulo-maxillaire et parotidienne droite, montant jusqu'à la région zygomatique et englobant le prolongement jugal de la parotide. La peau est tendue et brillante. Le côté gauche est normal.

A la palpation on ne peut percevoir de fluctuation ni de points douloureux précis. La malade dit qu'elle ne peut s'alimenter et que « la mastication augmente la douleur et la tuméfaction ». L'examen buccal gêné par un léger trismus ne montre qu'une dent de sagesse en mauvais état mais non douloureuse. Le conduit auditif est rempli de pus crémeux et épais. Après lavage, l'examen

montre les parois tuméfiées, surtout la paroi antérieure, d'où sort un flot de pus qui emplit le conduit lorsqu'on fait pression sur la région parotidienne. Cette manœuvre fait également sourdre du pus à l'orifice du sténon. Le cathétérisme de ce canal, susceptible de montrer l'existence d'une lithiase ne peut être fait. Le toucher et le palper combinés ne décèlent aucun calcul, la radiographie est négative.

Le diagnostic de parotidite suppurée est posé. Il est prescrit à la malade de l'huile camphrée sous-cutanée, des pansements humides, du sérum anti-gangréneux.

Le lendemain, la malade présente le même état, la température est 39°,2. Le Professeur Calvet pratique une incision sur le point culminant qui répond à l'angle du maxillaire et ouvre la poche de l'abcès à la sonde, évacuation du pus et lavage de la cavité à l'eau oxygénée, drainage, vaccin.

Après l'opération la malade est soulagée, les jours suivants la mastication est rendue possible par application de compresses chaudes au moment des repas. Le 17 novembre, M^me^ C. Th. est guérie et ne présente aucune fistule.

### Observation VII

(Personnelle)

*Parotidite phlegmoneuse*

C. U., sujet italien, cultivateur à Aigrefeuille (H.-G.), vu pour la première fois dans son cabinet par le Professeur Escat, est dirigé le 6 juillet 1934, sur la clinique O.-R.-L. de l'hospice de la Grave, pour un gonflement phlegmoneux parotidien gauche. La température est de 38°, la région jugale gauche est douloureuse, surtout à la pression. A l'examen la région glandulaire est tuméfiée, le creux

sous-angulo-maxillaire fortement empâté, le prolongement antérieur de la parotide participe à cette phlegmasie. Par pression de la glande on fait sourdre quelques gouttes de pus à l'orifice du sténon. Le cathéter ne peut pénétrer que de deux centimètres seulement, le cathétérisme du sténon droit est possible et ne présente rien d'anormal. On prescrit des compresses chaudes et des lavages de bouche fréquents au Dymosil et à l'eau oxygénée, uroformine et septicémie intra-veineuse, légers massages de la glande et du canal de sténon.

Les jours suivants la tuméfaction parotidienne diminue, mais l'empâtement sous-angulo-maxillaire persiste. Le 9 juillet incision sous-angulo-maxillaire et dilatation à la sonde cannelée, évacuation d'un verre à Bordeaux de pus.

Lavage à l'eau oxygénée et drainage.

Le 20 juillet la cicatrisation est acquise et le malade sort guéri.

### Observation VIII

(Personnelle)

*Parotidite phlegmoneuse chez un enfant de 2 ans*

M. G., garçon de 2 ans est présenté à la consultation O.-R.-L. de la Grave, service du Professeur Escat, le 17 octobre 1933. Rien à signaler dans les antécédents. Il y a 6 jours environ, agitations et fièvre intense d'après les renseignements donnés par la famille; dès le lendemain apparition d'un gonflement de la joue gauche, qui devient progressif et douloureux au toucher; difficulté d'alimentation.

A son entrée, la température matinale axillaire est de 39°,5. Le pansement qui enveloppe la joue gauche étant levé, on constate un œdème phlegmoneux considérable de toute la région sous-angulo-maxillaire correspondante;

le creux parotidien est comblé par le phlegmon qui s'étend en outre à toute la partie de la joue répondant au prolongement jugal de la parotide. La peau est très rouge, lisse et très tendue. A un centimètre au-dessous du lobule de l'oreille, le phlegmon s'est spontanément ouvert depuis le matin. Une légère pression tout autour de l'orifice fait sourdre du pus bien lié et non fétide.

L'exploration de la bouche et du pharynx est rendue difficile par le trismus qui ne peut être que partiellement réduit; très léger érythème oro-pharyngé. En écartant la joue gauche pour explorer l'embouchure du canal de Sténon correspondant, on peut, grâce à une pression très légère sur la joue, faire sourdre par cet orifice un peu de liquide louche. Pas de trace de plaie cutanée ni d'impétigo dans le cuir chevelu.

Le Professeur Escat, après avoir hésité un instant entre un adéno-phlegmon parotidien superficiel et une parotidite phlegmoneuse, dont l'étiologie et la pathogénie semblaient bien difficiles à déterminer, se rallie à ce dernier diagnostic.

*Traitement.* — Après une exploration prudente de la fistule cutanée à l'aide d'une sonde cannelée courbe, qui glisse presque spontanément dans le trajet et fait sourdre pas mal de pus, M. Escat procède à sa dilatation à l'aide d'un dilatateur à trachéotomie de Trousseau, manœuvre qui provoque l'évacuation d'une quantité de pus équivalente à un verre à Bourgogne. Drainage et pansement humide chaud. Le soir même la température baisse sensiblement; le lendemain matin elle est à 38°,2; mais on constate un œdème de la paupière du côté gauche, lequel persiste encore 48 heures.

Suites normales, rétablissement progressif, le drain est maintenu plusieurs jours. L'enfant quitte le service, le 27 novembre, complètement guéri, sans fistule salivaire et sans cicatrice disgracieuse.

## CHAPITRE VIII

---

# PERIOSTITE PHLEGMONEUSE DE LA FACE INTERNE DE LA BRANCHE VERTICALE DU MAXILLAIRE INFERIEUR

Nous avons volontairement attribué à cette question une place prépondérante dans notre travail, non seulement en raison de la fréquence relative de cette affection, mais surtout à cause des erreurs multiples qui surviennent dans l'interprétation de ses symptômes et des problèmes thérapeutiques qu'elle pose.

*Localisation anatomique.* — D'après M. Escat, qui a décrit cette affection dès 1908 : « Le foyer de périostite phlegmoneuse a pour territoire la face interne de la branche verticale de l'os maxillaire inférieur, espace sous-périosté, limité en avant par la partie inférieure du bord antérieur tranchant de la branche montante du maxillaire inférieur (origine supérieure de la ligne oblique de cet os), en arrière, par l'insertion maxillaire du muscle ptérygoïdien interne. Le foyer peut s'étendre en haut jusqu'à l'insertion du temporal à l'apophyse coronoïde, en bas, il peut descendre sur la partie

sous-mylo-hyoïdienne de la face interne du corps du maxillaire » (1).

*Etiologie et pathogénie.* — Cette périostite a presque toujours à son origine les accidents de la dent de sagesse, ou à son défaut la carie de la dernière molaire. Le processus infectieux s'étend à la branche montante du maxillaire inférieur dont elle envahit toute la face interne. C'est donc chez l'adulte et presque uniquement chez lui que nous verrons évoluer cette phlegmasie dont l'étude doit être logiquement éclairée par un bref rappel odontogénique.

Ne succédant pas à des dents de lait, les trois molaires permanentes n'ont pas sur l'arcade alvéolaire de place intégralement gardée; tard venue la dent de sagesse ne trouvera qu'un espace fort réduit et insuffisant entre la branche montante et la dernière molaire. De plus, le follicule germinatif, primitivement placé dans une position sagittale, va basculer à mesure que la coudure du maxillaire inférieur tend à se rapprocher de l'angle droit ; la dent va ainsi plonger vers la branche montante. La porte d'entrée de l'infection se fait par la couronne lorsque celle-ci a percé la gencive en un point. Dans les cas les plus fréquents il se forme un véritable clapier de pus sous-muqueux décrit il y a longtemps par Chassaignac.

(1) *Archives internationales de Laryngologie*, 1908, tome I, p. 58.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — La symptomatologie de cette affection est déterminée par des prodromes dentaires, soit accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure, soit carie d'une dent de sagesse bien évoluée. Dans les cas où l'évolution de la dent de sagesse inférieure ne s'effectue pas avec l'insidiosité silencieuse souvent observée, la périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur est précédée d'une période prémonitoire de durée variable, allant de quinze jours à deux mois, caractérisée par une odontalgie plus ou moins vive. A cette période succède une accalmie trompeuse qui précède l'apparition des symptômes de l'abcès proprement dit.

Le malade se présente alors avec de la dysphagie due à l'inflammation réactionnelle de voisinage. La fièvre est des plus variables, elle peut manquer ou atteindre 38° ou 39°.

A cette période d'état tout le maxillaire inférieur devient douloureux ; le nerf dentaire inférieur situé au centre même de l'abcès est le siège d'un certain degré de névrite, l'atteinte du nerf lingual explique la localisation homologue de ces douleurs « *pharyngo-maxillo-linguale* ». (E. Escat).

A l'examen physique de la région, on note un empâtement œdémateux plus ou moins volumineux, dur, rénitent, intéressant le territoire sous-angulo-maxillaire au niveau duquel, fait capital, *il n'est pas possible de délimiter un sillon entre l'os et la tuméfaction.*

La dysphagie apparaît avec la douleur « elle est simultanément mécanique et douloureuse ». Les mouvements de déglutition sont rendus à peu près impossibles par l'inflammation des piliers et des amygdales, associée à un certain degré de myosite du constricteur supérieur du pharynx et du ligament ptérygo-maxillaire.

Le trismus est un des symptômes le plus important et le plus caractéristique ; il est non seulement d'origine mécanique mais aussi de cause inflammatoire et dû à l'atteinte des muscles voisins, notamment du ptérygoïdien interne (Heydenreich, Richet). Il est progressif et très souvent irréductible, ne permettant qu'un écart de quelques millimètres entre les deux arcades dentaires. Il est conseillé dans ces cas de s'aider d'un bon éclairage et de pratiquer l'examen de la lésion par le vestibule jugo-gingival, examen qui sera parfois facilité par la perte de quelques molaires. On pourra voir ainsi la muqueuse très enflammée au niveau de la dent de sagesse et des parties avoisinantes, parfois sous la gencive soulevée, un point de la couronne en éruption. Le ligament ptérygo-maxillaire est rouge, « une tuméfaction siège à l'angle du maxillaire et la douleur est irradiée à cet os par la pression en un point ». Livrée à elle-même la collection peut s'ouvrir, à travers les piliers, sur le rebord alvéolaire, autour de la dernière molaire, sur la partie externe du segment inférieur du bourrelet ptérygoïdien, dans la région sous-angulo-maxillaire, enfin

dans la loge amygdalienne et par là dans la cavité buccale.

La tuméfaction sous-angulo-maxillaire est plus ou moins prononcée selon les cas.

Quand elle est légère, elle se limite à l'angle osseux, qui, à la palpation, paraît épaissi sur son bord et ses deux faces sans que puisse être perçue la moindre adénite sous-jacente.

Quand elle est prononcée, indice d'une tendance de la migration du pus vers les téguments, *elle ne diffère en rien de celle de l'adéno-phlegmon type de Chassaignac*, sauf le cas, bien rare chez ce dernier, où à la première phase de l'adénite, la palpation a permis de percevoir une dépression entre l'angle osseux et la glande tuméfiée.

A retenir que le trismus est dans la périostite de la face interne de la branche verticale du maxillaire beaucoup plus prononcée que dans la péri-amygdalite phlegmoneuse, qui par sa symptomatologie pharyngée rappelle à s'y méprendre l'abcès périostique juxta-amygdalien.

### Observation IX

(Obs. XVI, résumée, *in* thèse de Gibert)

*Ostéo-phlegmon par périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche verticale du maxillaire inférieur*

Mme M. M..., âgée de 30 ans, alitée depuis trois jours,

présentait: voix amygdalienne comme dans la péri-amygdalite phlegmoneuse; trismus très modéré; langue saburrale; pharynx asymétrique; luette déviée à droite, mais non œdémateuse; pilier gauche élargi et voile voussuré; dysphagie mécanique et douloureuse intense. L'aspect du pharynx est celui de la péri-amygdalite, l'angle sous-maxillaire est un peu tuméfié et sensible à la pression; toute la face externe du même côté est douloureuse à la palpation. Fièvre modérée oscillant entre 37°,5 et 39°.

M. Escat pensa à un empyème du recessus palatin, tenta, séance tenante, de libérer la collection par la discision de la fossette sus-amygdalienne suivant le procédé de Killian; mais cette manœuvre donna un résultat négatif.

Pensant alors à un abcès périostique odontogène, dont l'avait tout d'abord écarté l'absence apparente d'une infection gingivale, M. Escat explore plus attentivement la région alvéolaire et découvre après de minutieuses recherches, une solution de continuité sur la face postéro-externe du capuchon muqueux qui recouvrait la dent de sagesse inférieure gauche. Un stylet recourbé lui permet de reconnaître la dent au fond du trajet.

Le même jour le bourrelet muqueux est excisé au bistouri et à la pince coupante. Mais aucun soulagement ne se produisant, ni du côté du pharynx, ni du côté de la région sous-angulo-maxillaire, qui continue à se tuméfier, donnant lieu à un œdème phlegmoneux diffus et très dur, effaçant le creux parotidien et s'étendant en avant sur la face externe de la branche verticale du maxillaire et descendant jusqu'au milieu de la région carotidienne, M. Escat pratique, sur le bourrelet ptérygo-maxillaire très tuméfié, une incision verticale de 2 centimètres de longueur et de 2 centimètres de profondeur; un pus abondant et très fétide s'écoule immédiatement. La malade se sent très soulagée dans la soirée, la dysphagie est moins

prononcée et le sommeil reparaît. Mais, les jours suivants, le phlegmon sous-angulo-maxillaire a continué de progresser, en dépit des applications chaudes permanentes.

Le débridement par voie cervicale s'imposant, la malade est chloroformée le 3 mars et opérée par M. Escat, assisté par le Docteur Laval, qui pratique une incision courbe de 4 centimètres et demi de longueur, embrassant dans sa concavité l'angle du maxillaire. Un dilatateur-gouttière courbe est alors conduit, sous le contrôle de l'index, sous le bord inférieur du maxillaire, en avant de l'angle et en avant de l'insertion du ptérygoïdien interne, puis poussé de bas en haut sur la face interne de l'os, sans perdre le contact avec le plan osseux. Un engagement de 1 centimètre (soit en tout 4 centimètres) conduit sur le foyer; un flot de pus bien lié, fétide et abondant, s'écoule aussitôt.

Continuant à explorer le foyer, M. Escat découvre, avec l'index, une fusée purulente sur le bord postérieur de la branche verticale, à un centimètre au-dessus de l'angle et constate que l'os est dénudé sur la partie postérieure et la face interne de l'angle maxillaire. Le dilatateur-gouttière conduit, par ce trajet, sur la face interne de la branche verticale, amène l'évacuation d'une nouvelle quantité de pus.

Drainage et pansement classique. Persistance d'une courte cicatrice linéaire peu apparente.

## CHAPITRE IX

### OSTEO-PHLEGMON DE LA BRANCHE HORIZONTALE DU MAXILLAIRE INFERIEUR

L'ostéo-phlegmon du maxillaire inférieur fut d'abord décrit par Chassaignac et Gosselin, plus tard par Sebileau en 1914 qui en reprit l'étude dans une communication à la Société de Chirurgie en 1917, enfin par Truffert dans un article de la *Presse Médicale* en mars 1921.

Ces deux auteurs admettent que l'ostéo-phlegmon du maxillaire inférieur est toujours adontopathique et que par contre l'adéno-phlegmon à point de départ purement dentaire n'existe pas. Le Professeur Miginiac à l'appui de l'opinion de Sebileau publia en 1924 trois observations inédites. Le Professeur Escat avait déjà décrit en 1908 l'ostéo-périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche verticale du maxillaire inférieur qui a été l'objet d'un chapitre précédent, nous n'y reviendrons pas.

*Etiologie et pathogénie.* — Dans la grande majorité des cas une mono-arthrite apicale est à l'origine de ces ostéo-phlegmons ; après une période de pulpite puis de radiculo-pulpite, les canaux dentai-

res s'infectent, l'invasion microbienne s'étend à toute la région péri-apicale et détermine une arthrite alvéolo-dentaire ou péri-sémentite apicale septique. Le pus ainsi formé peut s'évacuer sportanément par le canal dentaire ou sourdre au collet de la dent.

Le plus souvent grâce à l'obturation du canal dentaire ou à la virulence des germes en cause, l'infection envahit les structures osseuses qui entourent l'apex de la racine et détermine une ostéomyélite quand la cavité médullaire est atteinte. Poursuivant sa progression le pus gagne le périoste puis les tissus voisins. « En résumé ces abcès sont d'abord intra-alvéolaires puis intra-osseux, ils deviennent ensuite sous-périostés et finissent extra-périostés, provoquant autour d'eux une cellulite plus ou moins étendue, une sorte de périmandibulite phlegmoneuse. » (Sebileau). Si la dentite est à l'origine de cette affection, d'autres facteurs par leurs actions sur la carie dentaire jouent un rôle important.

Truffert signale que les jeunes filles de 13 à 15 ans sont atteintes dans une proportion de 3/5 des cas ; MM. Heister et Richaud insistent sur le trouble dans les échanges métaboliques constatés souvent chez ces sujets qui perdent de la chaux et des phosphates sans qu'ils puissent récupérer ces sels par une alimentation et une médication appropriées.

Ombrédanne pense que la carie dentaire est due

pour une grosse part à l'action directe de certains acides organiques sur l'ivoire et l'émail. Ces acides prendraient naissance aux dépens des résidus buccaux d'alimentation hydro-carbonnés par l'action des bactéries buccales.

Dieulafé, Herpin, M. Pelletier, Dufourmentel, insistent, pour les accidents de la dent de sagesse, sur la régression du maxillaire inférieur dans les races civilisées chez lesquelles l'espace osseux entre la dernière molaire et la branche montante est presque nul et ne laisse qu'une place insuffisante à la dent de sagesse. A l'appui de leur thèse ces auteurs ont démontré que de pareils accidents étaient inconnus chez les races prognathes.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — Une fois formés, ces abcès intra-osseux peuvent s'extérioriser dans les tissus péri-maxillaires sur trois points principaux et donner respectivement :

Sur la table externe : un ostéo-phlegmon de la face externe.

Sur la table interne : un ostéo-phlegmon de la face interne.

Sur le bord basal : un ostéo-phlegmon inférieur.

C'est cette dernière variété qui réalise le mieux le syndrome phlegmoneux dont la sémiologie nous intéresse. Pour ces trois complications d'une seule infection alvéolo-dentaire il existe des symptômes généraux et des signes particuliers.

*Symptômes généraux.* — Au début ce sont toujours les douleurs prodromiques de l'arthrite ai-

véolo-dentaire qui font suite à une carie du quatrième degré. La nature phlegmoneuse de l'infection se révèle bientôt par une aggravation de l'état général du malade qui s'accompagne de fatigue, de pâleur, et d'insomnie ; la température oscille entre 38° et 39°5. L'haleine est fétide, la langue saburrale. Le trismus est constant et d'autant plus intense que les lésions sont plus près du segment angulaire de la mâchoire.

La tumeur est dure, chaude et fait corps avec l'os, son siège varie suivant l'espèce en cause.

La muqueuse gingivale est rouge, sa pression douloureuse, surtout au niveau de l'alvéole infectée. Le ptyalisme et la dysphagie sont habituels.

### SIGNES PARTICULIERS

1° *Ostéo-phlegmon de la face externe.* — Son extériorisation peut se faire au niveau du rebord alvéolaire, c'est l'abcès de la gencive décrit par les classiques sur lequel nous n'insisterons pas.

L'extériorisation au-dessous du cul-de-sac gingivo-jugal est plus fréquente et plus intéressante. Cet ostéo-phlegmon fait saillie dans la région sous-maxillaire et dans le vestibule de la bouche. Le cul-de-sac peut être libre ou au contraire effacé et présenter un empâtement profond ; la pression, dans le sillon gingivo-jugal, du rempart alvéolaire est très douloureuse surtout au niveau de l'alvéole en

cause. La muqueuse est rouge, parfois tuméfiée et œdémateuse.

2° *Ostéo-phlegmon de la face interne.* — L'empâtement débute à la face interne du corps du maxillaire. Il est collé contre l'os sur la partie supérieure de cette face, mais il est séparé nettement de son bord inférieur par un sillon. Rapidement le bloc phlegmasique envahit toute cette face. La tuméfaction apparaît au-dessous du maxillaire et présente un maximum différent suivant le siège de la dent en cause. Elle peut être sous-maxillaire sus-hyoïdienne, ou sous-angulo-maxillaire et c'est précisément dans ce cas qu'elle rentre dans notre cadre sémiologique ; elle refoule les organes, en particulier les ganglions, qui peuvent être perçus à la surface s'ils ne sont pas englobés dans la masse inflammatoire.

Le sillon gingivo-jugal est libre, non douloureux à la pression sauf au niveau de l'alvéole infectée. A l'exploration du plancher de la bouche on perçoit une masse dure, résistante, très douloureuse ; dans certains cas le doigt peut limiter le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire refoulée par les tissus enflammés.

Généralement, au bout de trois à cinq jours, si on n'est pas intervenu la collection vient s'ouvrir au plancher de la bouche. Nous ne signalons qu'au passage la cachexie buccale décrite par Chassaignac, Sebileau et Terrier et qui peut survenir par la déglutition permanente du pus.

Dans certains cas la collection fuse à travers le mylo-hyoïdien ou contourne le bord postérieur de ce muscle. Cette tuméfaction sous-maxillaire ici secondaire, est primitive quand la perforation osseuse siège au-dessous du mylo-hyoïdien. C'est l'ostéo-phlegmon inférieur de Sebileau.

3° *Ostéo-phlegmon inférieur (Sébileau)*. — Cette variété est le véritable pseudo adéno-phlegmon. L'extériorisation se fait au-dessous du mylo-hyoïdien. La suppuration se collecte « dans la partie haute du cou, respectant presque complètement l'étage inférieur de la face ».

Le sillon gingivo-jugal est complètement libre, rarement douloureux mais le trismus est intense. Le plancher de la bouche est dur et empâté. Ces abcès par leur localisation simulent parfois d'une façon parfaite les adéno-phlegmons sus-hyoïdiens, sous-maxillaires ou sous-angulo-maxillaires et le diagnostic différentiel sera surtout délicat avec ces affections.

*Diagnostic*. — Dans l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire le sillon gingivo-jugal est normal, il est effacé et très douloureux dans l'ostéo-phlegmon externe. Le plancher de la bouche est également tuméfié dans l'ostéo-phlegmon à type interne extériorisé au-dessus des insertions du mylo-hyoïdien, mais cette tuméfaction est dure, rénitente et douloureuse surtout en regard de l'alvéole infectée et difficile à apprécier à cause d'un trismus toujours important; au contraire dans l'adéno-phleg-

mon l'examen de la bouche n'est pas gêné par ce trismus et permet de constater un œdème souple en rien comparable à la dureté ligneuse du précédent.

Bien plus délicat et plus difficile sera le diagnostic avec l'ostéo-phlegmon interne de Sebileau ; l'existence de ganglions refoulés par la masse inflammatoire et l'impossibilité de limiter un sillon entre la tuméfaction et l'os sont, il est vrai, deux signes cardinaux et presque pathognomoniques de l'ostéo-phlegmon, mais il faut convenir qu'ils sont bien souvent difficiles à affirmer même après un examen des plus minutieux. Il semble que l'on doive poser le diagnostic d'ostéo-phlegmon chaque fois que l'on est en présence d'un trismus important et que l'on constate dans la cavité buccale une dent cariée douloureuse, entourée d'une zone enflammée et sensible à la pression. Ce fait est basé sur les travaux de Sebileau et de son école. *Il paraît définitivement admis aujourd'hui, qu'à des lésions uniquement muqueuses succède un adénophlegmon, et qu'à des lésions dento-osseuses succède un ostéo-phlegmon.*

L'absence de réseaux lymphatiques au niveau de la pulpe dentaire serait à l'appui de cette thèse. Gosselin avait écrit : « quant à moi je ne les ai jamais vus ». Par contre Testut et d'autres auteurs affirment leur existence.

L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac consécutif à des ulcérations de la mu-

queuse buccale simule parfois une ostéo-périostite et cela d'autant mieux qu'il succède le plus souvent à des accidents de la dent de sagesse. La phlegmasie est-elle due à des lésions muqueuses ou osseuses ? Telle est la question à résoudre. Un seul symptôme va dans ce cas nous guider, c'est le trismus. Il est en effet inconstant, dans tous les cas modéré, dans la cellulo-adénite, au contraire toujours très violent dans l'ostéo-périostite. Ici la lésion osseuse siège à l'angle du maxillaire, juste à l'endroit où elle donne le maximum d'intensité au trismus : « dès l'instant qu'il est très violent il commande pour ainsi dire le diagnostic de complications osseuses. » (Sebileau).

L'abcès péri-amygdalien est toujours amygdalogène, la dysphagie est le principal prodrome, le trismus est tardif ; jamais irréductible il peut quelquefois manquer, la dysphagie est mécanique et absolue, la douleur spontanée est pharyngienne, l'angoisse respiratoire fréquente. L'adénite sous-maxillaire est nulle ou peu marquée. Le point culminant du foyer inflammatoire répond au voile, l'œdème de la luette est presque constant.

La parulie ou abcès de la gencive est superficiel, la tuméfaction moins rénitente et les accidents bénins.

Les kystes radiculo-dentaires fistulisés, dont l'évolution demande plusieurs années, ont, lorsqu'ils s'infectent, des symptômes réduits au minimum,

après évacuation de pus et de sang on voit apparaître par la fistule un liquide filant et huileux caractéristique.

L'actinomycose du maxillaire inférieur, la tuberculose centrale du maxillaire et le sarcome ont une symptomatologie si différente et une évolution si particulière que nous les mentionnons seulement au passage, ils ne rentrent d'ailleurs pas dans le cadre que nous nous sommes fixé.

### Observation X

(Observation II, *in* thèse de Roblin)

*Ostéo-phlegmon postérieur de Sébileau et Truffert*

Mme R..., 50 ans.

Malade du docteur Cazal, vue d'urgence le 17 mai 1924 par M. le Professeur Miginiac, pour un ostéo-phlegmon du maxillaire inférieur droit, ayant débuté le dimanche 11 mai.

Le pouls bat à 120. Il s'est fait une poussée fébrile (38°,6). La malade éprouve de vives douleurs. Il y a de la dysphagie et un trismus complet, absolu, qui ne permet pas d'introduire le manche d'une cuiller, entre les arcades dentaires.

La tumeur occupe la région sous-angulo-maxillaire et cervicale haute et s'est propagée vers la joue et la région parotidienne où une collection fluctuante est d'ailleurs perçue en cet endroit.

L'intervention est jugée nécessaire et immédiate. La malade entre à la clinique.

L'anesthésie générale à l'éther rend possible l'ouverture de la bouche.

Sur le maxillaire inférieur droit, il ne reste plus que deux grosses molaires à carie très avancée. L'avulsion de ces deux dents pratiquée au davier, donne immédiatement issue à un flot de pus fétide. Pour parfaire l'ouverture, les deux cavités sont transformées en une seule d'un coup de curette, par effondrement de la cloison inter-alvéolaire. Une sonde cannelée, introduite par l'orifice arrive sous la peau de la région cervicale. En ce point deux crins sont immédiatement placés en seton.

L'abcès parotidien s'évacue complètement par la bouche, après quelques manœuvres d'expression.

Le 19 mai le thermomètre ne marque plus que 36°,4 le matin, et 36°,6 le soir. Le pouls est normal.

Le 20 mai, tout est rentré dans l'ordre et la guérison est ainsi obtenue, rapide et complète sans aucune incision.

### Observation XI

(Personnelle)

*Ostéo-phlegmon maxillaire inférieur de Sébileau*

Le 6 juin 1935, nous voyons dans le cabinet du Docteur Bacou (1), M^lle^ X..., âgée de 20 ans, demeurant aux habitations à bon marché, à Perpignan, et qui nous est envoyée par le Docteur R.

Elle présente une tuméfaction importante sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire gauches s'étendant à la partie haute du cou. La malade ne peut dormir et souffre beaucoup. Depuis deux jours, le trimus est tel, qu'aucune

(1) En remplacement du Docteur Bacou, à Perpignan.

alimentation solide ou semi-liquide n'est possible. Température 39°.

A l'examen la tuméfaction paraît faire corps avec le maxillaire inférieur; il n'est pas possible de limiter un sillon entre les deux. Les dents présentent un enduit blanchâtre qui s'étend à la muqueuse gingivale, cette dernière est très rouge en regard des molaires inférieures gauches, l'haleine est fétide. Le sillon gingivo-jugal est à peine empâté et peu douloureux. Par contre, la deuxième molaire, qui présente une carie très avancée, est douloureuse au contact de l'abaisse-langue.

L'examen intra-buccal, rendu très difficile en raison de la contracture des mâchoires qui permet à peine à l'abaisse-langue de passer, est facilité par la perte d'une incisive et d'une pré-molaire supérieures gauches. Le plancher de la bouche apparaît empâté et dur, la gencive sous-jacente à la deuxième molaire inférieure est tuméfiée, la malade accuse une très vive douleur au contact du stylet.

Nous lui conseillons une avulsion dentaire immédiate, qui est faite le soir même, une très appréciable quantité de pus sort spontanément par l'alvéole et par pression de la région péri-mandibulaire.

Sur nos conseils, la malade, déjà très soulagée, recommence la manœuvre trois ou quatre fois par jour et pratique des lavages de bouche au Clonazone et à l'eau oxygénée toutes les deux heures et des applications répétées de compresses chaudes.

Le surlendemain, les douleurs ont à peu près disparu, la tuméfaction sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire a très sensiblement diminué.

Le 14 juin, la malade qui revient nous voir, est entièrement guérie. Seul, le trismus, quoique avant diminué d'intensité, persiste encore et ne permet qu'un écartement de deux à trois centimètres des arcades dentaires.

Nous n'avons pu, par la suite, revoir cette malade.

## CHAPITRE X

### SOUS-MAXILLITE PHLEGMONEUSE

*Localisation anatomique.* — La rareté des suppurations de la glande sous-maxillaire contraste avec la fréquence des parotidites suppurées. La sémiologie de l'affection est grandement conditionnée par la topographie de la région ; la glande sous-maxillaire est contenue dans une excavation ostéo-musculo-aponévrotique appelée loge sous-maxillaire et située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne, elle occupe la dépression anguleuse comprise entre la face interne du maxillaire inférieur d'une part, les muscles sus-hyoïdiens, la face latérale de la langue et celle du pharynx d'autre part (Rouvière). Le canal excréteur est un conduit à parois résistantes quoique minces, il émerge de la face profonde de la glande et après un trajet long de quatre à cinq centimètres s'ouvre dans la cavité buccale par l'*ostium ombilicale*.

*Etiologie et pathogénie.* — Dans la grande majorité des cas les sous-maxillites suppurées relèvent de la lithiase, compliquée en général par une infection ascendante du canal de Warthon. Le malade se plaint brusquement d'une douleur uni-latérale

précédant de peu l'apparition d'une tuméfaction mal limitée. L'affection peut débuter par des troubles légers qui traduisent la Whartonite préexistante, il s'agit d'une sensation anormale de gêne à la mastication ou de légers picotements. Un épisode douloureux et caractéristique peut survenir au cours d'un repas : c'est la colique salivaire. La douleur irradie vers la langue et le plancher de la bouche, cependant qu'un gonflement subit se produit dans la région sous-maxillaire et sublinguale. Au bout de quelques minutes un flot de salive arrive dans la bouche pendant que cessent les phénomènes douloureux, ce signe est pathognomonique. A cette période on se trouve en présence d'une sous-maxillite uniquement lithiasique.

L'affection peut en rester là, mais dans d'autres cas au contraire, les microbes qui ont cheminé par voie ascendante de la cavité buccale vers le système glandulaire, pullulent en vase clos dans le canal obstrué et amènent en deux ou trois jours la suppuration de la sous-maxillite lithiasique.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — On observe alors un empâtement douloureux du plancher buccal et de la région sous-maxillaire qui déborde souvent vers l'angle de la mâchoire et peut s'étendre au creux parotidien, au point de réaliser un phlegmon d'apparence sous-angulo-maxillaire. Mais ici les mouvements de la langue sont douloureux, la peau et les muqueuses sont rouges et plus ou moins adhérentes à la profondeur. Par pression

de la glande d'arrière en avant, à l'aide de l'index conduit dans le sillon gingivo-lingual, on peut faire sourdre une goutte de pus au niveau de l'ostium ombilicale qui est rouge et enflammé. La palpation et le toucher combinés permettent parfois de percevoir le calcul. Le cathétérisme du canal devra toujours être fait et confirmera souvent le diagnostic.

Le tableau clinique de la sous-maxillite suppurée pouvant toutefois en imposer pour un ostéophlegmon inférieur de Sebileau, il importe comme le rappelle très justement Ruppe (1) dans les cas d'interprétation douteuse, de compléter l'examen clinique rendu souvent mal aisé par la diffusion de l'œdème et par l'intensité du trismus, à l'aide des procédés d'investigation modernes : radiographie simple de la mâchoire ou du plancher de la bouche ou même sialogramme, c'est-à-dire radiographie après injection lipiodolée du canal de Warthon.

(1) *Presse médicale*, 13 juillet 1935.

### Observation XII

(Communiquée par le Professeur Escat)

*Adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire et sous-maxillaire par sous-maxillite phlegmoneuse*

Mlle S..., 37 ans, couturière, allées de Cugnaux à Toulouse, vient dans mon cabinet le 11 avril 1920. Elle pré-

sente un œdème phlegmoneux de la joue droite, œdème étendu à toute la région sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire correspondante.

Le mal paraît avoir débuté, il y a 4 jours seulement, mais est allé sans cesse en progressant.

Le point culminant du foyer phlegmoneux répond à la région rétro-angulo-maxillaire; en ce point l'œdème est dur, douloureux à la pression; la peau est tendue, lisse et rouge. Température axillaire 39°,2. Peu de trismus, mais parole rendue difficile par une douleur linguale, surtout du côté droit. Langue saburrale, dentition en bon état; dents de sagesse quasi-normales. Oro-pharynx peu congestionné. L'exploration du plancher lingual décèle un œdème inflammatoire très appréciable à droite. La palpation sous-maxillaire combinée au toucher sublingual révèle un empâtement enveloppant le canal de Warton du côté droit et paraissant englober la glande sous-maxillaire; à ce niveau la moindre pression provoque une très vive douleur. Cathétérisme du canal impossible de ce côté, alors qu'il est très possible à droite.

Pas d'antécédents avérés de lithiase sous-maxillaire; toutefois la malade reconnaît que depuis 5 à 6 ans, elle éprouve souvent, au cours des repas, pendant la mastication des douleurs passagères, mais très vives sous la langue; crises possibles de lithiase sous-maxillaire!

En dépit de la prédominance apparente du foyer phlegmoneux dans la région sous-angulo-maxillaire, nous portons le diagnostic de sous-maxillite phlegmoneuse.

*Traitement.* — Compresses chaudes en permanence, lavage de bouche à la solution thymolée, collutoire mentho-phéno-cocaïné sur le plancher lingual, aspirine à l'intérieur.

Le lendemain 12 avril, nous revoyons la malade chez elle. Température matinale 39°,5. L'œdème externe a

plutôt diminué, mais le foyer sublingual est plus saillant et plus tendu. Un point paraissant nettement fluctuant, après anesthésie par inhibition au liquide de Bonain, nous pratiquons une incision qui donne issue à une quantité notable de pus bien lié et relativement peu fétide. Dilatation de l'incision à la pince, détersion à l'eau oxygénée pure, soins antiseptiques continus.

Résolution de l'œdème sous-angulo-maxillaire dès le lendemain, résolution plus tardive de l'œdème sous-maxillaire.

Guérison complète en moins de huit jours.

En général au cours de la sous-maxillite phlegmoneuse l'œdème inflammatoire se localise à la region sous-maxillaire proprement dite. Dans le cas particulier l'œdème s'étendit exceptionnellement à la région rétro-angulo-maxillaire au point d'en imposer pour un adéno-phlegmon de Chassaignac. C'est en cela que réside l'intérêt de cette observation.

### Observation XIII

(Personnelle)

*Sous-maxillite phlegmoneuse.*

P. N..., cheminot, âgé de 38 ans, vient le 29 mars 1935 à la consultation O.-R.-L., service du P[r] Calvet, pour gêne et douleur buccale. L'affection aurait débuté quelques jours auparavant avec une aggravation très rapide des symptômes. Les mouvements de la langue sont douloureux, la mastication et la déglutition pénibles. A l'exa-

men on note un empâtement sous-maxillaire droit s'étendant à l'angle sous-angulo-maxillaire. La langue présente une légère asymétrie, elle est soulevée à droite vers la voûte palatine.

La muqueuse, rouge et congestionnée sur le plancher de la bouche correspondant, est soulevée; le sillon gingivo-jugal a fait place dans sa partie moyenne à une tuméfaction fluctuante de la grosseur d'une amande. Le malade n'a pas constaté d'augmentation de volume de la tuméfaction sub-linguale au moment des repas. Le cathétérisme du canal de Warton ne peut être fait au delà de 1 cm. 1/2 environ, le palper et le toucher combinés ne permettent pas de percevoir de calcul. Par pression de la glande sous-maxillaire d'arrière en avant on fait sourdre quelques gouttes de pus au niveau de l'ostium ombilicale. Cette manœuvre est douloureuse.

On pratique au bistouri, après anesthésie préalable au liquide de Bonain, une incision sur le plancher buccal, au niveau du point culminant, à la hauteur de la première molaire inférieure. Evacuation d'une petite quantité de pus. On prescrit au malade des lavages de bouche fréquents, à l'eau oxygénée et au Dymosil.

Le 1er avril le malade revient nous voir entièrement guéri.

## CHAPITRE XI

---

## PHLEGMON LATERAL CIRCONSCRIT DU PLANCHER BUCCAL

*Localisation anatomique.* — Nous nous proposons d'envisager sous cette dénomination l'adénophlegmon circonscrit développé au niveau de l'étage supérieur du plancher de la bouche, dans cette loge limitée en haut par la muqueuse buccale, en dehors par la branche horizontale du maxillaire inférieur, en bas par le mylo-hyoïdien et en dedans par le muscle hyo-glosse, loge celluleuse contenant des éléments vasculaires et nerveux importants : artère linguale, nerf grand-hypoglosse.

*Etiologie.* — L'étiologie de ces phlegmasies est difficile à préciser, mais on trouve ordinairement à leur origine une infection buccale ou dentaire.

Si nous rattachons cette espèce clinique aux précédentes, c'est seulement en raison de l'extension possible de l'empâtement phlegmoneux à la région sous-angulo-maxillaire, extension relativement fréquente et susceptible d'en imposer pour une phlegmasie sous-angulo-maxillaire.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — L'éclosion des premiers symptômes est ordinairement

assez brusque et ne présente aucune caractéristique particulière. Le temps qui s'écoule entre la période prémonitoire et la période d'état est le plus souvent très court, la maladie est caractérisée vers le troisième ou le quatrième jour. Bien vite apparaît à l'examen physique un œdème phlegmoneux perceptible au toucher buccal et tendant à s'étendre vers la partie extérieure de la région. La langue est légèrement soulevée et déviée du côté opposé, ses mouvements sont limités et douloureux. La déglutition est gênée, la mastication impossible, les commissures labiales restent entr'ouvertes permettant l'écoulement salivaire continu. On peut observer des troubles de la respiration et de la phonation.

Contrastant avec cette riche symptomatologie buccale, l'examen des téguments ne montre que peu de modifications : la région sous-maxillaire est libre ou à peine empâtée. Par contre la région sus-hyoïdienne est œdématiée, pouvant présenter dans certains cas un aspect assez caractéristique. Il n'y a pas de trismus, le canal de Wharton est libre. Par ses signes, presque uniquement buccaux, cette affection se différencie facilement, en général, des phlegmons sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire, qui ont tendance à s'extérioriser vers les téguments de cette région et ne donnent lieu la plupart du temps qu'à un retentissement œdémateux des plus minimes sur le plancher de la bouche.

Bien que l'angine de Ludwig ou phlegmon septique du plancher lingual, ne rendre pas dans le cadre

des affections qui font l'objet de cette étude; nous devons rappeler cependant que toute phlegmasie circonscrite du plancher buccal peut se transformer en phlegmon gangréneux ; les symptômes généraux augmentent alors d'intensité, la fièvre est élevée, le pouls rapide, le facies devient terreux et grippé. Le malade présente de l'angoisse et de la polypnée. Les signes physiques localisés à un côté et à la cavité buccale se diffusent très vite, deviennent bilatéraux et envahissent par un œdème considérable toute la région sus-hyoïdienne. Nous ne pouvons insister davantage sur cette grave complication.

## CHAPITRE XII

---

## GLOSSITE BASIQUE

*Localisation anatomique.* — La glossite basique est un phlegmon de la langue.

L'anatomie pathologique de cette affection était pratiquement inconnue avant Sabrazès et Bousquet (1) qui furent les premiers à publier une observation de macro-glossie.

Le Professeur Escat a soutenu et son élève Viela (2) paraît avoir démontré, que la glossite basique phlegmoneuse se développait dans la loge de l'artère linguale, entre le genio-glosse et l'hyo-glosse, en avant et en dedans du muscle lingual inférieur. En outre de l'artère et des veines profondes de la langue, du nerf lingual et du tissu cellulo-graisseux qui les enveloppe, cette loge, riche en plexus lymphatiques contiendrait peut-être aussi quelques ganglions lymphatiques (Kuttner, Poirier).

*Etiologie et pathogénie.* — Dans les glossites, autres que celles que nous décrivons, un traumatisme de la muqueuse ouvrant la porte aux microbes sa-

(1) *Presse médicale*, 30 juin 1897.

(2) Viela : *O.-R.-L. Internationale*, février 1928.

prophites de la cavité buccale est à l'origine de l'affection. Dans la glossite phlegmoneuse au contraire on ne trouve pas de point de départ traumatique ou d'excoriation de la langue. Dans les quatre observations publiées par le Professeur Escat et rapportées par Vié, dans sa thèse, l'affection est survenue secondairement à une angine catarrhale banale et dans des conditions telles que rien ne permettait de faire prévoir cette complication. L'inflammation atteint l'amygdale linguale et la muqueuse de la base de la langue, de là l'infection gagne par voie lymphatique les plexus et peut-être les ganglions décrits par Kuttner qui siègeraient autour des gros vaisseaux de la langue.

*Symptomatologie et signes différentiels.* — La glossite basique phlegmoneuse paraît survenir sur le déclin d'une angine catarrhale banale et se manifester d'abord par des signes fonctionnels. Le malade est surpris par le gonflement inattendu de l'organe, la mastication d'abord difficile est bientôt rendue impossible ainsi que la déglutition. La dysphagie devient rapidement très intense, l'alimentation même liquide n'est plus possible. La salive s'écoule aux commissures des lèvres, la bouche demeure entr'ouverte. La douleur est spontanée, lancinante, localisée à un côté de la langue et du cou. Le côté le plus généralement atteint est pour tous les auteurs le côté gauche. Dans les quatre observations recueillies par le Professeur Escat trois sur quatre étaient des glossites gauches.

Le malade présente des troubles de la respiration et de la phonation, il parle avec « une voix de crapaud ».

La température est souvent peu élevée, elle oscille autour de 38° et n'atteint que rarement 40°.

A l'examen, qui n'est généralement pas gêné par le trismus, on observe une augmentation de volume localisée surtout à un côté de la langue qui peut-être soulevée jusqu'au contact de la voûte palatine; sur les bords on trouve des dépressions, parfois des exulcérations dues au contact des molaires, au niveau des dernières molaires inférieures la muqueuse est tuméfiée et rouge; dans les cas extrêmes, la langue peut véritablement emplir la bouche et être même prolabée, la protraction est toujours douloureuse et asymétrique. Par le palper et le toucher combinés on observe sur le plancher de la bouche, surtout du côté de l'abcès, un œdème souple en rien comparable au bourrelet dur de l'ostéophlegmon ou du phlegmon du plancher de la bouche.

L'abaisse-langue permet de déprimer le côté sain de la langue, cette manœuvre est douloureuse et l'examen au miroir laryngien difficile.

Dans certains cas un véritable œdème phlegmoneux de la région sus-hyoïdienne a pu être observé et peut être une adénopathie sous-maxillaire, ce qui justifie le rapprochement de cette affection avec le phlegmon sous-angulo-maxillaire.

Ce n'est qu'exceptionnellement cependant qu'une glossite basique phlegmoneuse peut s'extériori-

ser au point de faire songer à un adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire. Ce fait a néanmoins été observé, le cas suivant en fait foi.

### Observation XIV

(Résumée et communiquée par le Prof. Escat)

*Glossite basique avec tendance à l'extériorisation.*

Le 6 février 1928, M. E..., 40 ans, viticulteur à Puychéric (Aude) me fut adressé par un confrère du Minervois avec le diagnostic de phlegmon de la région carotidienne droite, consécutif, semblait-il, à une périostite alvéolo-dentaire subaiguë du même côté, rendu vraisemblable par une dentition en très mauvais état. La région sous-angulo-maxillaire est en effet le siège d'un œdème inflammatoire prononcé qui a effacé le creux parotidien, s'étendant en avant et au-dessous de l'angle mandibulaire qui paraît répondre au centre du foyer phlegmoneux. Pas de fluctuation, mais rénitente et vive hyperesthésie. Température 38°5; la veille elle avait dépassé 39°.

Trismus modéré, mais dysphagie considérable et dyslalie très accentuée, avec voix à timbre de batracien. Base de la langue très soulevée du côté droit, mais plancher buccal normal à gauche et très souple à droite dans ses 2/3 antérieur seulement. L'index, engagé à droite dans le sillon gingivo-lingual, se bute en effet contre une résistance; c'est la base de la langue fortement infiltrée de ce côté et très douloureuse en ce point.

Il s'agissait indubitablement d'un abcès basique dont la ponction faite séance tenante à l'aide d'un gros trocard

de Krause fut la démonstration. Le patient accusa de suite un soulagement et l'œdème sous-angulo-maxillaire rétrocéda en moins de quarante-huit heures.

Suites normales et guérison.

### Observation XV

(Personnelle)

*Glossite basique phlegmoneuse.*

H. A..., sujet espagnol, mineur à Carmaux, âgé de 46 ans, souffrait depuis dix jours d'une angine lorsqu'il se présenta le 8 juin 1935 à la consultation de la clinique O.-R.-L., service du Professeur Escat, pour aggravation des symptômes et gêne très marquée pour respirer, température 38°5. L'alimentation, même liquide, est à peu près impossible.

Le malade présente une tuméfaction bilatérale, plus importante à droite où elle empâte toute la région sous-angulo-maxillaire. A l'examen la langue apparaît très augmentée de volume surtout du côté droit, elle est tuméfiée et soulevée vers la voûte palatine, et a tendance à envahir toute la cavité buccale; sa protraction en avant est douloureuse. L'empâtement phlegmoneux lingual domine l'empâtement sous-angulo-maxillaire ; il ne peut donc s'agir que de glossite basique phlegmoneuse.

Le 9 juin une ponction est faite au trocard de Krause, suivant la technique du P$^{r}$ Escat, sur la paroi latérale de l'organe; ouverture à la pince qui donne issue à une grande quantité de pus. Lavages de bouche fréquents à l'eau oxygénée les jours suivants.

Le malade est entièrement guéri le 15 juin.

## CHAPITRE XIII

### OSTEO-PHLEGMON OTOGENE DE BEZOLD

*Localisation anatomique et pathogénie.* — On comprend sous le terme de *mastoïdite de Bezold*, un type d'oto-mastoïdite aiguë, spontanément ouverte à la face interne de la pointe mastoïdienne, dans la rainure mastoïdienne du digastrique, ou au niveau des cellules jugo-digastriques, et dont le pus au lieu de s'extérioriser vers la surface mastoïdienne fuse, soit dans la gaine du sterno-mastoïdien, soit en dedans de cette gaine, dans les loges aponévrotiques cervicales jusque vers le médiastin créant ainsi un ostéo-phlegmon cervical.

*Symptomatologie.* — Le début est généralement insidieux. La mastoïdite de Bezold succédant, le plus souvent, soit à une otite moyenne purulente déjà guérie, soit à une otite aiguë en résolution parfois très légère et oubliée du malade lui-même. A la période d'état le malade accuse des signes cervicaux, la symptomatologie auriculaire et mastoïdienne a fait place à des signes presque uniquement cervicaux, on observe parfois un peu de torticolis mais l'écoulement de l'oreille peut avoir disparu et même n'avoir jamais existé.

Les signes généraux sont discrets, la température

est peu élevée, le malade est pâle et accuse de l'insomnie et des céphalées à prédominance du côté malade.

A l'inspection la région rétro-auriculaire est intacte, non douloureuse à la pression. Tous les signes étant localisés au-dessous et en dedans de la pointe, on se trouve en présence d'un empâtement phlegmoneux profond, comblant le creux parotidien et la gouttière sous-angulo-maxillaire. On remarque un gonflement des insertions supérieures du sterno-mastoïdien ; cet empâtement déborde le bord postérieur de ce muscle, comble le creux rétro-maxillaire et s'étend en haut vers le cuir chevelu. Cette tuméfaction est ferme, rénitente, au moins au début, car par la suite elle peut présenter un point de ramollissement où la fluctuation peut être perçue. En comprimant cette masse cervicale on peut faire refluer le pus vers le conduit si l'otite purulente est encore en activité, c'est le signe de Luc, pathognomonique de cette affection mais que l'on n'observe que d'une façon très inconstante.

Par sa symptomatologie et sa localisation cette mastoïdite semble être à l'abri de toute erreur de diagnostic. Cependant parfois, à cause de la volumineuse tuméfaction irradiant de l'apex mastoïdien à toute la région sous-angulo-maxillaire et débordant sur le territoire parotidien, le médecin peut être amené à le discuter. Nous ne retiendrons que les ostéo-phlegmons du maxillaire inférieur et les adéno-phlegmons sous-jacents à cet os. En effet

l'examen de la bouche toujours négatif nous permet d'éliminer toutes les phlegmasies de la cavité buccale. Au cas où il n'existe pas d'otite purulente en cours, le fait capital qui doit guider le médecin dans le diagnostic de mastoïdite de Bezold est le commémoratif otopathique, y a-t-il eu quelques semaines auparavant une otite purulente actuellement guérie ? ou une crise d'otite congestive prise pour une simple otalgie ? L'examen otoscopique donnera la clef du diagnostic.

### Observation XVI

(Personnelle)

*Ostéo-phlegmon sous-angulo-maxillaire par Mastoïdite (type Bezold) secondaire à une Otite moyenne aiguë compliquée d'Erysipèle.*

Le 19 octobre 1933, la nommée G. P..., 31 ans, se présentait à la consultation O.-R.-L. de la Grave, dans le service du Professeur Escat, avec tous les symptômes et signes d'un érysipèle de l'oreille gauche, secondaire à une otite moyenne purulente d'origine récente. En raison de la tuméfaction érysipélateuse du conduit, l'exploration de l'oreille moyenne est quasi-impossible. La malade est immédiatement hospitalisée dans le service des contagieux de l'Hôtel-Dieu.

Elle n'est de retour à la clinique O.-R.-L. de la Grave que dans les premiers jours de janvier 1934, manifestement guérie depuis plusieurs semaines de son érysipèle, et apparemment guérie ou tout au moins très améliorée

de son otite, mais présentant en revanche tous les symptômes d'un phlegmon rétro-angulo-maxillaire, comblant le creux parotidien, couvrant l'angle mandibulaire et s'étendant en bas à la région carotidienne. La température est bien entendue remontée.

S'agit-il d'un adéno-phlegmon parotidien secondaire à l'érysipèle, hypothèse conforme à la nosologie de cette infection, ou bien s'agit-il d'un ostéo-phlegmon cervical symptomatique de la forme insidieuse de mastoïdite connue sous le nom de Mastoïdite de Bezold ?

Or, bien qu'il n'existât aucune réaction superficielle de la région mastoïdienne, ni aucun symptôme douloureux, ni de rétention du côté de l'oreille dont l'écoulement paraissait presque tari, M. le Pr Escat n'hésita pas à porter le diagnostic de Mastoïdite de Bezold; ce diagnostic lui paraissant d'autant plus justifié que, d'une part, l'insuffisance de soins otiatiques pendant la phase érysipélateuse rendait suffisamment compte de la persistance de l'infection dans les cavités tympano-mastoïdiennes et que, d'autre part, le délai écoulé depuis la guérison de l'érysipèle, dont le début remontait à près de 2 mois 1/2, rendait bien moins probable le diagnostic d'adéno-phlegmon érysipélateux tardif.

La mastoïdectomie est pratiquée, sous-anesthésie au balsoforme, par le Professeur Escat, le 4 janvier; la trépanation faite au lieu d'élection conduit sur un antre plein de pus (dont le prélèvement confié au Pr Rispal donna une culture de streptocoques). Evidemment mastoïdite rendu facile par l'extrême purulence des cavités mastoïdiennes. L'antre étant détergé, M. Escat essaye par pression du phlegmon cervical de faire refluer le pus de bas en haut dans la cavité antrale: le signe de Luc ne se produisant pas, l'opérateur résèque en totalité à la pince gouge toute la pointe mastoïdienne jusqu'à la rencontre du foyer cervical, dont la continuité avec le foyer

ostéo-aponévrotique est aussitôt découverte. Prolongement de l'incision opératoire en bas. Le pus évacué, détersion à l'eau oxygénée pure. Tamponnement à la gaze jusqu'à l'aditus. Deux points de sutures rapprochent la moitié supérieure de l'incision opératoire. Mèche dans le conduit jusqu'à la caisse; pansement classique renouvelé tous les deux jours.

Le 12 février, soit 38 jours après l'intervention, cicatrisation complète et guérison de l'otite moyenne avec retour très suffisant de l'audition.

## CHAPITRE XIV

---

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES FOYERS PHLEGMONEUX SOUS-ANGULO-MAXILLAIRES

Le diagnostic positif des diverses phlegmasies susceptibles de se traduire par un œdème phlegmoneux de la région sous-angulo-maxillaire, se déduira facilement et nécessairement des symptômes et des signes qui caractérisent chacune des espèces anatomo-pathologiques dont nous venons de présenter un exposé et dont nous avons souligné les caractéristiques respectives; à ce diagnostic essentiel doit faire suite évidemment un diagnostic différentiel.

Les surprises de la clinique sont si grandes, qu'il est indispensable de mettre en relief à propos de chacune des espèces anatomo-pathologiques envisagées, non seulement les symptômes et signes positifs plus ou moins caractéristiques propres à chacune d'elles, mais encore les symptômes et signes négatifs des espèces qui doivent être éliminées du diagnostic. Ainsi :

1° Le diagnostic d'*adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire de Chassaignac*, espèce bien moins fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, généralement

secondaire à une propathie bucco-pharyngée, ne pourra être affirmé en présence des symptômes et signes que nous lui avons assignés au chapitre IV, qu'après élimination :

*a*) de tout signe d'adéno-phlegmon parotidien;

*b*) de tout signe de parotidite et de sous-maxillite et qu'après s'être assuré de l'intégrité de ces deux glandes;

*c*) qu'après élimination de tout adéno-phlegmon latéro-pharyngien, ce que permet d'affirmer l'absence de tout refoulement de la paroi latérale correspondante du pharynx;

*d*) de tout symptôme et signe de périostite phlegmoneuse odontogène;

*e*) de toute infiltration phlegmoneuse du plancher buccal;

*f*) de toute infiltration phlegmoneuse de la base de la langue;

*g*) de toute otopathie susceptible d'être le point de départ d'un ostéo-phlegmon de Bezold.

2° Le diagnostic d'*adéno-phlegmon parotidien* comportera, en plus des signes qui le caractérisent cela va sans dire, les mêmes éliminations;

3° La diagnostic d'*adéno-phlegmon latéro-pharyngien*, basé particulièrement sur le soulèvement presque pathognomonique de l'une des parois latérales de l'oro-pharynx exigera les mêmes exclusions;

4° Le diagnostic de *parotidite*, en plus des symptômes qui lui sont propres, tels la tuméfaction du

prolongement jugal de la glande, l'oblitération du canal de Sténon où l'issue de pus par son embouchure, sera justifié par l'absence de tout signe caractéristique des autres espèces;

5° Le diagnostic d'*abcès odontogène juxta-amygdalien* s'imposera par la constatation de l'asymetrie de l'oro-pharynx et le refoulement de l'amygdale palatine du côté correspondant vers la ligne médiane par le foyer phlegmoneux, lequel paraîtra manifestement secondaire à des accidents soit de carie, soit d'évolution de la dent de sagesse inférieure;

6° Le diagnostic de l'*ostéo-phlegmon sous-maxillaire inférieur de Sébileau*, s'imposera de même par les signes caractéristiques de la périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur, révélés par un examen bucco-dentaire minutieux;

7° Le diagnostic de la *sous-maxillite purulente* sera éclairé par l'examen du plancher lingual, par l'exploration méthodique du canal de Warthon et de son embouchure, par le palper et le toucher combinés du dit plancher;

8° Le diagnostic de *glossite basique*, s'imposera par le soulèvement unilatéral de la base de la langue et la constatation par le toucher de l'infiltration phlegmoneuse localisée à la région la plus profonde de la gouttière gingivo-linguale correspondante;

9° Le diagnostic enfin de l'*ostéo-phlegmon otogène de Bezold*, en raison des signes précieux que

constituent les commémoratifs otopathiques et la constatation d'un foyer oto-mastoïdien ne saurait échapper qu'au clinicien peu digne de ce nom qui, en présence d'un foyer phlegmoneux sous-angulo-maxillaire ou parotidien passerait outre à l'exploration otologique.

# CHAPITRE XV

## THERAPEUTIQUE

### 1° THÉRAPEUTIQUE SYMPTOMATIQUE

En présence d'un foyer phlegmoneux sous-angulo-maxillaire, soit que le diagnostic de la localisation anatomique du phlegmon n'ait pas encore été posée d'une façon certaine, soit pour toute autre raison, on devra instituer un traitement d'urgence.

*a*) Du côté buccal, instituer les soins hygiéniques et l'antisepsie buccale : Détersion des cul-de-sacs et des gouttières gingivo-jugales et gingivo-linguales à l'aide de porte-ouates imbibés d'eau oxygénée pure, rince-bouche, lavage et gargarisme au phénosalyl ou à la solution thymolée à 1/1000, 4 à 6 fois par jour.

*b*) Compresses chaudes en permanence.

*c*) Médication anti-infectieuse : Pyoformine, Septicémine, Rubiazol, etc.

### 2° THÉRAPEUTIQUE ÉTIOLOGIQUE DE L'ESPÈCE EN CAUSE

Cette thérapeutique diffèrera suivant le cas .

#### A) *Adéno-phlegmon de Chassaignac*

Premier temps : Inciser la peau au bistouri suivant une ligne courbe encadrant l'angle de la mâchoire sur une longueur de trois centimètres environ.

Deuxième temps : Rompre l'aponévrose à la sonde cannelée à base recourbée, prendre contact du bord d'abord, puis de la face interne de l'os maxillaire inférieur, avancer lentement en rasant cette face osseuse; il faut attaquer au milieu de l'incision le plan profond, généralement *en haut, en avant et vers l'angle*, on voit bientôt sourdre le pus. On agrandira au besoin l'ouverture pour que le pus puisse s'écouler facilement. Lavage à l'eau oxygénée ou au Dakin, dans tous les cas on aura avantage à placer dans le trajet un drain qui facilitera le drainage et permettra les jours suivants de pratiquer, si nécessaire, d'autres lavages.

#### B) *Adéno-phlegmon parotidien*

Incision semblable, toutefois elle sera pratiquée au point culminant; on ne devra pas oublier que les différents organes ont pu être refoulés par la

masse inflammatoire, en particulier la carotide externe et le nerf facial. L'aponévrose et les plans profonds seront abordés jusqu'à la rencontre du pus.

C) *Adéno-phlegmon latéro-pharyngien*

Dans cet abcès, la collection, dont l'évolution se fait à la fois vers le pharynx et vers les téguments, refoule en dedans les gros vaisseaux. L'évacuation du pus devra donc se faire par voie externe et non par voie buccale pour éviter de blesser le paquet vasculaire, susceptible d'être refoulé vers la cavité pharyngée. On opèrera le plus possible sous anesthésie locale et suivant deux procédés : soit pre-sterno-mastoïdien, soit rétro-sterno-mastoïdien.

a) *Procédé pré-sterno-mastoïdien.* — On fait une incision sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. A la sonde cannelée on divise l'aponévrose et on dissèque couche par couche jusqu'aux gros vaisseaux. On arrive ainsi sur les tissus infiltrés, puis sur la poche de l'abcès. Il sera utile à ce moment qu'un aide refoule avec un doigt introduit dans la bouche, la paroi latérale du pharynx, tandis que l'opérateur repèrera le siège exact de l'abcès, qui sera ouvert à la sonde ou à la pince de Kocher. Le pus, une fois évacué, on lavera la cavité à l'eau oxygénée et on terminera par la mise en place d'un drain ou d'un faisceau de crins.

b) *Procédé rétro-sterno-mastoïdien.* — Il est, en

principe, préférable au précédent, car les lésions des gros vaisseaux sont moins à craindre.

On fait une incision sur le bord postérieur du muscle commençant à deux centimètres de l'apex mastoïdien et longue de cinq centimètres environ. L'aponévrose cervicale moyenne est sectionnée et on cherche le sommet d'une apophyse cervicale transverse qui constituera le point de repère. Le muscle et le paquet vasculo-nerveux sont réclinés pour permettre de dilacérer à la sonde les tissus infiltrés, on tombe alors sur l'abcès. Lavage à l'eau oxygénée et drainage.

### D) *Parotidite suppurée*

On fera d'abord une exploration du conduit auditif dans lequel s'ouvre souvent le foyer parotidien. Si on est en présence d'une simple canaliculite suppurée on pratiquera un cathétérisme du canal de Sténon et l'évacuation du pus par un massage léger de la zone d'arrière en avant. On prescrira l'antisepsie buccale et des gargarismes répétés. Dans bien des cas cette manœuvre ne suffit pas et on doit évacuer la collection chirurgicalement; deux procédés peuvent être employés :

*a*) Ponction par la bouche au gros trocart de Krause, en passant en dehors du bourrelet ptérygo-maxillaire et de la branche montante à travers les fibres du buccinateur. C'est le procédé de choix auquel on doit avoir recours toutes les fois qu'on

le peut; il évite une cicatrice faciale et une fistule salivaire toujours possible.

*b*) Incision cutanée, puis débridement à la sonde cannelée comme pour un ostéo-phlegmon parotidien, en ayant soin de ne pas léser la carotide externe ou le nerf facial; une suite fâcheuse est souvent une fistule salivaire, mais des pansements bien conduits permettront presque toujours de la prevenir.

E) *Périostite phlegmoneuse de la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur*

Deux voies seront susceptibles d'aborder la collection :

a) *Voie buccale.* — C'est le procédé de choix. L'incision se fait, soit à travers le *bourrelet ptérygo-maxillaire*, sur une ligne longue d'un centimètre environ, soit immédiatement en dehors du dit bourrelet. Elle sera verticale et toujours poussée assez profondément pour atteindre le plan osseux à travers les fibres du muscle buccinateur, en dehors du ptérygoïdien interne qui est écarté de l'os par la collection.

Dans les cas où le trismus intense rend insuffisant l'écartement des arcades dentaires, on pourra aborder le foyer à inciser en passant par la gouttière gingivo-jugale, en tenant la joue écartée par un abaisse-langue. Malheureusement, si la perte de quelques molaires ne facilite pas cette manœuvre, elle est à peu près impossible.

b) *Voie cutanée.* — C'est alors, surtout si l'abcès a tendance à s'extérioriser vers la région sous-angulo-maxillaire que l'on songera à l'incision cutanée : « L'angle et le bord inférieur du maxillaire étant découverts, à l'aide d'une sonde cannelée recourbée, on contourne le bord de cet os de bas en haut et de dehors en dedans, à un centimètre en avant de l'angle maxillaire; la sonde conservant intimement le contact avec la face interne de la branche montante du maxillaire, en avant de l'insertion du ptérygoïdien interne, va ainsi à la rencontre de la collection qu'elle ne tarde pas à découvrir. Après avoir dilaté le trajet avec une pince à forcipressure ou un dilatateur gouttière on place un drain dans la plaie.

« Dans quelques cas rares, la périostite, contournant la dernière molaire, et franchissant le bord supérieur du maxillaire de dedans en dehors, peut s'étendre de haut en bas et d'arrière en avant sur la face externe du corps du maxillaire, en avant du masseter. Il faudra chercher de ce côté si la voie précédente ne donne pas ouverture au pus; pour faciliter cette recherche, on pourra agrandir l'incision en avant par une nouvelle incision de deux centimètres parallèle au bord antérieur du masseter » (1).

(1) Escat, *loc. cit.*

F) *Ostéo-phlegmon sous-maxillaire*

D'après les travaux de Sébileau et Truffert, confirmés par les observations de M. Escat et de M. Miginiac, il résulte que le traitement le plus rationnel et qui a donné les meilleurs résultats consiste dans l'avulsion de la dent malade, avulsion le plus souvent facilitée par une désintégration du ligament alvéolo-dentaire, permettant ainsi l'évacuation de la collection purulente. Quelques fois cependant le pertuis étant insuffisant, on pratiquera un curettage prudent de l'alvéole ou un effondrement de sa paroi inférieure d'un léger coup de marteau porté sur un ciseau. On conseillera l'expression, toutes les trois heures, du phlegmon périmandibulaire et des lavages de bouche fréquents. Si cette avulsion ne donne qu'un drainage insuffisant, on pourra pratiquer une incision buccale au point culminant de l'abcès, soit dans le sillon gingivo-génien, soit sur la face interne de la branche horizontale.

Ce n'est que dans les cas très rares où l'extension de la phlegmasie ou un trismus irréductible le commanderont, que l'on sera amené à pratiquer une incision cutanée en procédant avec la même technique que dans l'incision sous-angulo-maxillaire dans un ostéo-phlegmon de la branche montante; la sonde cannelée devra aller au contact osseux et suivre la face interne du maxillaire jusqu'à la rencontre du pus.

G) *Sous-maxillite suppurée*

Le cathétérisme du canal et le massage bi-manuel de la glande d'arrière en avant sera souvent insuffisant et on devra évacuer la collection par l'ouverture de l'abcès. Deux voies seront possibles :

a) *Voie sus-hyoïdienne.* — On fera une incision au-dessus de l'os hyoïde à deux ou trois centimètres de la ligne médiane. On effondrera le mylo-hyoïdien et on tombera sur la collection. A ce procédé, qui laisse une cicatrice disgracieuse et quelques fois une fistule malgré le drainage par des crins, nous préférons la voie buccale.

b) *Incision intra-buccale.* — On incisera verticalement à un ou deux centimètres de profondeur sur le point culminant, le pus envahit immédiatement la bouche du malade. Une fistule buccale salivaire n'aura alors aucune conséquence fâcheuse.

H) *Phlegmon circonscrit latéral du plancher buccal*

On pratique une ponction ou une incision du plancher buccal à un centimètre environ de profondeur, si la collection n'a pas été abordée, ou s'évacue difficilement, il est conseillé de faire une légère discision à la pince forcipressure ou à la sonde cannelée.

I) *Glossite basique*

L'évacuation de la collection peut se faire par deux voies :

a) *Voie buccale.* — C'est le procédé de choix. Il a été décrit par le Professeur Escat, qui l'a pratiqué avec un succès toujours constant. En raison de la richesse vasculaire de la langue et des lésions toujours possibles des organes contenus dans la loge linguale, on emploie le trocart de Krause recourbé. La ponction se fait dans une région offrant peu de danger, le point d'élection est situé vis-à-vis de la dernière molaire, à un centimètre environ au-dessus d'elle. (Dans le cas où le soulèvement de la langue est particulièrement accusé, ce point est situé plus haut.) L'intervention est facilement supportée après anesthésie locale préalable au liquide de Bonain dilué au 1/10e dans de la glycérine. On enfoncera avec fermeté le trocart dans « une aire triangulaire limitée en arrière par la courbe que décrit le tronc du nerf lingual et en avant par celle de l'artère linguale » (Escat). Après évacuation du pus, on peut pratiquer, ainsi que les jours suivants, des injections du foyer à l'eau oxygénée à 12 volumes.

b) *Voie sus-hyoïdienne.* — Quand la collection est inabordable par voie buccale, en raison d'un trismus serré ou du développement exagéré de l'œdème lingual, on utilise la voie sus-hyoïdienne après anesthésie générale ou locale.

La peau et le peaucier sont incisés suivant une ligne courbe qui commence à un centimètre au-dessous et en dehors de la symphyse mentonnière et se termine à deux centimètres environ en avant

du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Sa convexité répond à la petite corne de l'os hyoïde. L'aponévrose cervicale est divisée en ménageant au dehors la veine faciale. On tombe alors sur la loge de la glande sous-maxillaire qui sera relevée. On aperçoit le tendon du digastrique et le grand hypoglosse, qui passe tranversalement au-dessus de lui. On reconnaît le triangle de Béclard. Le tendon du digastrique sera fixé pour éviter les mouvements de déglutition et les fibres du muscle hyo-glosse soulevées par l'abcès, dissociées à la sonde cannelée. La collection est atteinte et le pus apparaîtra.

### J) *Ostéo-phlegmon otogène de Bezold*

On procèdera comme pour une mastoïdectomie ordinaire dont la description détaillée ne saurait rentrer dans cette étude. Les téguments sont incisés, puis ruginés suivant une ligne qui correspond au sillon rétro-auriculaire, le conduit est décollé. On procède à la recherche de l'antre suivant le triangle d'attaque classique limité en haut par la limite inférieure horizontale de la fosse temporale, en avant par la portion descendante et verticale du canal du nerf facial, en arrière et en bas par la limite antérieure du sinus latéral. Les parois de la cavité osseuse sont ensuite élargies et les fongosités curettées. On recherchera alors le trajet fistuleux ; on sera conduit en général à réséquer toute la pointe

mastoïdienne. Si la collection du cou est volumineuse il peut être indiqué de pratiquer une contre-incision cervicale sans qu'il soit nécessaire de prolonger l'incision cutanée. Drainage et pansements à la gaze, au moins pendant les premiers jours.

# CONCLUSIONS

Il n'existe pas un phlegmon sous-angulo-maxillaire mais des phlegmasies sous-angulo-maxillaires. Les affections aiguës et suppuratives de la cavité buccale, des glandes salivaires, des branches horizontales et verticales du maxillaire inférieur et des ganglions sous-angulo-maxillaires peuvent se traduire directement ou par complication par un œdème phlegmoneux de cette région. Un examen attentif et méthodique du bloc phlegmasique au niveau des téguments, puis de la cavité buccale et de ses annexes auquel on joindra si nécessaire les ressources de la radiographie, permettra d'en faire presque toujours le diagnostic anatomique précis.

Les affections dentaires et osseuses, ne se compliquant pas nécessairement en principe d'adénophlegmon, permettront de poser le diagnostic ferme d'ostéo-phlegmon, la masse inflammatoire faisant corps avec le maxillaire et le trismus, toujours constant et intense dans ces cas, appuieront le diagnostic.

La recherche des signes physiques d'un plancher de la bouche tuméfié montrant un œdème dur et rénitent ou souple et dépressible permettra d'éliminer un phlegmon de cette région ou une sous-maxillite ; les résultats d'un cathétérisme des voies sali-

vaires seront dans ce cas d'un intérêt capital au même titre que l'écoulement spontané de pus par l'orifice du canal. Les affections de la parotide nous offriront la même analogie. Quoiqu'il en soit, une fois la collection formée, l'évacuation chirurgicale du pus sera toujours de règle, et se fera au point culminant de l'abcès. Le drainage par voie cutanée assuré d'abord, après l'opération, par des drains sera continué ultérieurement par un faisceau de crins, afin de réduire au minimum les cicatrices cervicales. Lorsque les glandes salivaires seront en cause on devra autant que possible intervenir par voie buccale afin d'éviter au malade une cicatrice cutanée toujours disgracieuse et surtout une fistule salivaire qu'il est bien souvent difficile de tarir.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
MIGINIAC

Vu : *Le Doyen*,
BARDIER

*Vu et permis d'imprimer :*

Toulouse, le 6 Janvier 1936.

*Le Recteur,*
*Président du Conseil de l'Université*,
J. GHEUSI.

# BIBLIOGRAPHIE


AMOEDO. — Traité d'anatomie humaine, Poirier et Charpy, t. IV, fasc. 3, Paris, 1913.

APPERT (F.). — Tuméfaction parotidienne (*Presse médicale* n° 100, 15 déc. 1934).

ARROU (J.) et FREDET (P.). — Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, fasc. XXI, Paris, 1913.

ASTERIADES. — Des infections graves d'origine dentaire (*Journal de chirurgie*, 1924, t. II, p. 276).

BERNARD. — Phlegmon du plancher buccal (Thèse de Bordeaux, 1918).

BERNST, BUCK et BUXTON. — Pathogénie de la parotidite suppurée aiguë (*The American journal of the medical sciences*, t. CLXXXII, 5 nov. 1931, p. 639).

BROCA (A.). — Maladies de la langue (*In traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 1891, t. V, p. 266).

BROCKAERT. — Phlegmon du cou d'origine bucco-pharyngienne (Archives intern. de laryng., 1908, n° 5, t. XXVI).

CAULIER. — Glossite profonde aiguë (Thèse de Paris, 1885).

CHARLOT. — Une observation de glossite suppurée (*Centre Médical scientifique*, 38e année, n° 1, janvier 1932).

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage, t. I, p. 160.

COMBIER et MICHON. — Les abcès de la base de la langue (*Presse médicale*, n° 73, 13 sept. 1922).

CONSTANTIN. — Etude des espaces sous-maxillaire et prestylien (*Journal de l'anatomie*, 1914).

Custer. — Parotidite suppurée aiguë; étude pathologique et bibliographique avec relation de 2 cas (*The american journal of the medical sciences*, 5 nov. 1931, p. 649).

Daireaux. — Abcès rétro-lingaux (Thèse, Lyon, 1897).

Dayne. — Parotidite pyogénique. Pathologie, diagnostic et traitement (*The Lancet*, n° 571, 18 fév. 1933).

Decoulx. — Les phlegmons du plancher buccal (Thèse de Lille, 1931).

Descomps (Pierre). — Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien, région sous-angulo-maxillaire (Thèse de Paris, 1908).

Dudefoy. — Phlegmons infectieux pharyngo-laryngés (Thèse de Paris, 1893).

Dufourmentel. — Septicémies d'origine bucco-dentaire (*Presse médicale*, n° 45, 1918).

Dunet et Michon. — Les abcès de la langue (*Revue de chirurgie*, 1923).

Dunogier. — Etrange préjugé sur l'extraction des dents dans la périostite alvéolo-dentaire suppurée (Soc. Méd. du IX^e^ arrond. de Paris, séance du 12 mai 1912).

Dupérier. — De la glossite profonde aiguë (Thèse de Paris, 1907).

Duplay, Rochard (E.), Demoulin. — Manuel de diagnostic chirurgical, Paris, 1911.

Dupuy de Frenelle. — Ouverture des phlegmons latéro-pharyngiens (*Technique chirurgicale*, n° 8, déc. 1934).

Escat (E.). — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx (Masson, éditeur, Paris, 1901).

— Un cas de glossite basique phlegmoneuse (Communication à la soc. Franç. d'otologie et de laryngologie, Paris, 9 mai 1905).

— Abcès périostique juxta-amygdalien (Archiv. intern. de laryng., mars 1908, p. 2).

— Technique oto-rhino-laryngologique (Maloine, éditeur, 3e édit., Paris, 1921).

FORGUE. — Précis de pathologie ext., t. II, p. 180.

FREY (L.) et LEMERLE (G.). — Pathologie des dents et de la bouche, 3e édition, p. 350.

GIBERT (A.). — De l'abcès périostique juxta-amygdalien odontogène (Thèse, Toulouse, 1908).

HARTMANN. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. V, p. 373.

KIRMISSON. — Leçon clinique : « ostéite du maxillaire inférieur. » (*Progrès médical*, 5 janv. 1914).

LACOMBE. — Phlegmon septique du plancher buccal (Thèse de Toulouse, 1923).

LAROCHE (J.). — Traitement et indications thérapeutiques des parotidites aiguës (Thèse de Paris, 1933).

LAURENT (R.). — Les abcès du latéro-pharynx. Contribution à l'étude de leur évolution anatomo-clinique et leur traitement (Thèse de Lyon, 1907).

LEBEDENSKY. — Adénites cervicales, Traité de stomatologie, t. V.

LENORMANT (Ch.). — « Parotidites. » (Précis de pathologie chirurgicale, de Bégouin, Papin, Bourgeois et Duval, t. II).

MAUCLAIRE (P.). — Phlegmon et abcès du cou (*Progrès médical*, 25 avril 1914).

MAUREL. — Maladies de la langue (*Gazette médicale de Toulouse*, 1890).

MEYER. — Topographie des ganglions des régions sous-max. et parotidienne (Thèse de Toulouse, 1913).

MOULARD. — Contribution à l'étude des parotidites avec

calculi du canal de Sténon. Cathétérisme de ce conduit (Thèse de Montpellier, 1920).

Moustin (H.). — L'ouverture buccale des abcès sous-max. d'origine ganglionnaire (*Presse médicale* 1913, n° XXI, p. 337).

Rouche. — Abcès latéro-pharyngien (*Journal de médecine de Paris*, n° 51, p. 561, 18 juin 1931).

Ruppe. — *Presse médicale*, 13 juillet 1935.

Sabrazès et Bousquet. — Un cas de macro-glossie aiguë (*Presse médicale*, 30 juin 1897).

Saenz. — Contribution à l'étude de la glossite profonde aiguë (Thèse de Montpellier, 1906).

Schmieden et Voss. — Clinique et path. de la parotidite aiguë (*Deutsche Zeitschrift, für chirurgie*, 31 oct. 1931).

Sebileau. — Les différentes formes de septicémie buccale (*Presse médicale*, 1901, n° 10).

— Le phlegmon pré-mandibulaire odontopathique (*Presse médicale*, 16 mars 1921, p. 213).

Thébaud. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë (Thèse de Paris, 1894).

Truffert. — Phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1922, p. 52).

— Diagnostic et traitement des phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire (Thèse de Paris, 1919).

Tzetzu et Bors. — Considérations sur les phlegmons du pharynx chez l'adulte (*Revue de laryng.*, déc. 1933, p. 1258).

Verneuil. — Adéno-phlegmon sus-hyoïdien et périostite du max. inf. (*Bulletin médical*, 1888, n° 35, p. 583).

Vié (H.). — Contrib. à l'Anat. path. et à la Nosologie de la glossite basique phlegmoneuse (Thèse de Toulouse, 1928).

Viéla. — Localisations anatomiques de la glossite basique phlegmoneuse (Soc. de chirurgie de Toulouse, juin 1926).

— Etude anatomo-clinique de la glossite basique phlegmoneuse (*Oto-rhino-laryng. internationale*, fév. 1928, p. 49).

Viéla et Escat (M.). — Recherches anatomiques sur les connexions de l'espace pré-stylien et de la loge sous-maxillaire (*Presse médicale*, 15 octobre 1930).

Imp. du Sud-Ouest, 6, rue Sainte-Ursule — Toulouse.